



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA DIVISIÓN
DE ESTUDIOS PROFESIONALES

Barreras de capacitación en centros de ayuda mutua en México

T E S I S

Que para obtener el título de

Licenciado en Psicología

Presenta

Ever Geram Melo Olivares

geram.136.melo@gmail.com

No. de cuenta: 315088654

Teléfono: 55-61-83-25-48

Directora: Dra. Claudia Rafful Loera

Revisora: Dra. Rebeca Robles García

Sinodales:

Dr. Juan José Sánchez Sosa

Dra. María Elena Medina-Mora Icaza

Dra. Silvia Morales Chainé



Ciudad Universitaria, Ciudad de México, enero de 2023.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A mi familia y amigos

A mis abuelas, por demostrarme que la vida es un regalo, por su infinito amor y por tener la fortuna de compartir este logro con ellas.

A mi madre, por demostrarme con su amor y con su ejemplo que todo se puede conseguir, por su apoyo invaluable y por las enseñanzas que me han convertido en el hombre que soy.

A mi padre, por heredarme su pasión por aprender y enseñarme que el poder de la paciencia y el esfuerzo rinden el mejor de los frutos.

A mi hermana, por todo el cariño que me brinda desde pequeña y por impulsarme a ser un buen ejemplo para ella.

A mis amigos, por demostrarme que la familia también se puede elegir.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia y su apoyo incondicional y las complicaciones de la vida que no impiden que estemos juntos, a mamá y papá por educarme con todo lo que tenían a su alcance y jamás soltarme; A mis abuelas, Aure y Tere, que siempre me reciben con amor y pese a todo hay siempre un espacio para mí en su nido; A mi hermanita, Aileen, que guarda siempre rinconcitos de amor entre las discusiones y de quien sigo aprendiendo.

A mis amigos, que son mis copilotos y mis biógrafos, Débora, Gio y Jordan, de quienes sigo aprendiendo y se convirtieron en mi familia. A Muneer Fahad por su amor y apoyo incondicional desde el otro lado del mundo.

A la Facultad de Psicología y mis profesores que me compartieron la magia del conocimiento y lo inalcanzable que puede llegar a ser cuando te apasiona.

A la Dra. Claudia Rafful, que no deja de sorprenderme y por su peculiar manera de ser docente y compañera, por su infinita paciencia y asertividad, y sobre todo por mostrarse en alguien que puedo confiar más allá del mundo académico.

A todos mis compañeros del seminario de titulación y compañeros de trabajo del hospital que nunca se olvidaron de hacer el espacio un lugar divertido y lleno de aprendizaje y por ayudarnos mutuamente.

*“Viviendo en el presente constante, de instante en instante, en la grandeza de lo insignificante.
Pues quien descubre lo grande se asombra con lo pequeño; aquello que está compuesto con
materia del sueño”*

-Rafael Lechowski

Índice

Resumen	6
Introducción	
Panorama epidemiológico del consumo de drogas.....	8
Accesibilidad de tratamiento para personas que consumen sustancias psicoactivas.....	12
Estigma y discriminación en personas que consumen sustancias psicoactivas.....	19
Los grupos de ayuda mutua y la influencia de Alcohólicos Anónimos.....	25
Evidencia del uso de los 12 pasos como método de tratamiento para consumidores de sustancias.....	28
Método	
Pregunta de investigación.....	34
Objetivo general.....	34
Objetivos específicos.....	34
Participantes.....	35
Criterios de inclusión.....	36
Criterios de exclusión.....	36

Instrumentos.....	36
Procedimiento.....	36
Lineamientos	37
Análisis de datos.....	37
Resultados	
Contexto de estigma y discriminación hacia personas que consumen sustancias.....	40
Recursos humanos	43
Falta de presupuesto.....	47
Disposición del personal de salud por carga de trabajo.....	50
Rechazo del personal de centros de ayuda mutua al tratamiento profesional.....	53
Procesos administrativos y políticas públicas.....	56
Carencias de servicios públicos de bajo umbral y barreras para grupos vulnerables.....	60
Discusión y conclusiones.....	65
Sugerencias para estudios futuros	75
Referencias.....	77

Resumen

Objetivo: Explorar las barreras percibidas por el personal que brinda atención en el tratamiento por consumo de sustancias con respecto a la capacitación del personal que trabaja en centros de ayuda mutua en México. *Método:* Estudio cualitativo temático donde se crearon categorías de las respuestas para generar temas direccionados al objetivo a estudiar, que constituye un análisis de datos secundario de una encuesta en línea a una muestra propositiva no probabilística de 150 participantes que incluyeron expertos, investigadores y personal que atiende trastornos por consumo de sustancias en México, quienes respondieron preguntas abiertas relacionadas a barreras de atención de acuerdo con el cuestionario de Estándares Internacionales de Tratamiento por Consumo de Sustancias elaborado por el departamento de Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud. *Resultados:* Se obtuvieron temas de las barreras percibidas por los participantes que se interrelacionan entre sí, incluyendo estigma y discriminación en personas que consumen sustancias, recursos humanos insuficientes, falta de presupuesto, indisposición del personal de salud profesional y no profesional para ser capacitados, procesos administrativos y políticas públicas y carencias de servicios de bajo umbral y barreras para grupos marginados. *Conclusiones:* Las deficiencias del sistema de salud impactan directa e indirectamente en la atención que brindan los grupos de ayuda mutua: (1) al existir poco presupuesto que logre cubrir las necesidades de falta de personal e infraestructura, (2) poca capacidad del estado para generar y asegurar políticas públicas eficaces para el tratamiento por consumo de sustancias, así como (3) un ambiente estigmatizante y criminalizante que se sigue perpetuando en el tratamiento y (4) la existencia de barreras de acceso al tratamiento (costos, estigma o ubicación de centros de tratamiento) para los segmentos más desfavorecidos de la población (como personas en situación de calle o de bajos recursos e indígenas); combinado con el alza de consumo de sustancias a nivel mundial, los grupos de ayuda mutua siguen siendo una alternativa ante esas deficiencias del sistema de salud mexicano. Sin embargo, la falta de capacitación en estos grupos (y el trabajo en conjunto con tratamiento profesional) puede representar riesgos para quienes solicitan sus servicios si es que no se encuentran regulados y merma los beneficios que podría tener para los usuarios.

Palabras Clave: ayuda mutua, barreras de capacitación, sustancias

Abstract

Objective: To explore the barriers perceived by professional staff from substance use treatment centers concerning training staff in mutual aid services in Mexico. **Method:** A qualitative thematic study categorized responses to generate themes related to the study's purpose. It involved a secondary data analysis with a non-probabilistic purposive sample of 150 participants. The sample included academic experts, clinicians, and staff who attend substance use disorders in Mexico and answered online open-ended questions related to barriers. Items stemmed from the International Standards of Treatment for Substance Use questionnaire prepared by the department of Substance Abuse of the World Health Organization. **Results:** Themes regarding the perceived barriers that interrelate with each other included: stigma and discrimination towards people who use substances, insufficient human resources, meager budget, the unwillingness of professional and non-professional health staff to be trained, administrative processes, public policy and low-threshold service gaps, and barriers for marginalized groups. **Conclusions:** The deficiencies of the health system have a direct and indirect impact on the care provided by mutual aid groups: (1) there is insufficient budget to cover the needs of lack of staff and infrastructure, (2) low State capacity to generate and ensure adequate public policies for substance use treatment, (3) there is a stigmatizing and criminalizing environment that continues to get perpetuated in treatment, and (4) there are still barriers to access to treatment (costs, stigma or location of treatment centers) for the most disadvantaged segments of the population. **Discussion:** Such barriers include homeless or low-income and indigenous people. Combined with the rise in substance use worldwide, mutual help groups remain an alternative to the system deficiencies. However, the lack of training in these groups (and the joint work with professional treatment) can represent risks for those who request their services if they are not regulated and reduce the benefits they could have for users.

Keywords: mutual aid, training barriers, substances

Introducción

Panorama epidemiológico del consumo de drogas

El consumo de drogas puede representar un problema serio para algunos gobiernos alrededor del mundo. Según el último Informe Mundial sobre Drogas 2021, la cantidad de consumidores aumentó 26% más que la década anterior, de la cual 13.6% de los consumidores sufrieron algún trastorno relacionado con el consumo. Además, en 2019 hubo cerca de 500 000 muertes relacionadas con el consumo de sustancias, 17.5% más muertes que en la década anterior, siendo los opioides la droga que causa más sobredosis para quienes la utilizan (United Nations Office on Drugs and Crime (ONUDD), 2021). En contraste con el Informe Mundial sobre drogas del 2020, se estimó que en el año 2018 alrededor del mundo 269 millones de personas de entre 15 y 64 años de edad habían consumido alguna droga por lo menos una vez en su vida, lo que corresponde a 5.4% de la población mundial en ese rango de edad, es decir, 1 de cada 19 personas; de ellas más de 35.6 millones han presentado trastornos relacionados con ese consumo, lo que corresponde a una prevalencia en los trastornos por consumo de sustancias de 0.7% en la población mundial de personas entre los 15 y los 64 años (United Nations Office on Drugs and Crime, 2020).

El alza en el consumo de drogas a nivel mundial y la ampliación en la variedad de nuevas sustancias psicoactivas representan un problema importante en la prevención y el tratamiento; tan solo entre el 2005 y el 2015 surgieron 450 nuevas drogas, entre las que se encuentran estimulantes de tipo anfetamínico y cannabinoides sintéticos, además de alucinógenos, con poca regulación y registro de su venta (Cruz Martín del Campo & Rivera García, 2015). En contraste con el año 2020, se detectaron unas 370 nuevas sustancias que

ya se habían notificado anteriormente, por lo que, sabe que desde cada año aparecen 372 nuevas sustancias, de las cuales entre 2011 y 2021 la mayoría son cannabinoides, catinonas y opioides sintéticos (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2022). Las necesidades de tratamiento se hacen más evidentes en función del aumento en la diversidad de nuevas drogas.

En México el consumo de drogas ilícitas aumentó de 4.6% en 2002 a 7.2% en 2011; para 2016 el consumo incrementó a 10.3% según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) (2017). Paralelamente al alza en el uso de sustancias, los hombres presentaron una prevalencia de consumo 6.6 veces mayor al de las mujeres con edad de entre 18 y 34 años, sin embargo, el aumento en el consumo de cualquier tipo de droga, drogas ilícitas y marihuana se duplicó en mujeres de 2011 a 2016, de 3% a 4.8%, de 2.3% a 4.3% y 1.6% a 3.7% respectivamente. De la población total, el 0.6% presentó algún trastorno por consumo de sustancias. (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Comisión Nacional Contra las Adicciones; Secretaría de Salud, 2017).

El consumo de sustancias alguna vez en la vida en adolescentes en México de 12 a 17 años aumentó de 3.3% en 2011 a 6.4% en 2016; hubo más hombres consumidores con respecto al consumo de cualquier tipo de droga de 3.9% a 6.6% mientras que las mujeres consumidoras aumentaron de 2.6% a 6.1%. El consumo alguna vez en la vida en personas de 18 a 35 años aumentó de 11.3% en 2011 a 15% en 2016; los hombres consumidores de cualquier tipo de droga aumentaron de 18.5% a 22.8% y las mujeres de 4.6% a 7.6 (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Comisión Nacional Contra las Adicciones; Secretaría de Salud, 2017). A pesar de que las mujeres de entre 12 y 35 años consumen más que antes, los hombres demandan más tratamiento con una razón de 11 a 1 con respecto a las mujeres; añadiendo que la mitad de las personas que demandan tratamiento en centros nos

gubernamentales pertenecen a la población joven de entre 15 y 29 años (Secretaría de Salud, 2020).

Por otro lado, desde 1995 hasta 2019, las drogas de inicio en México siguen siendo el tabaco, el alcohol y la marihuana, aunque el cristal ha ganado campo importante en el incremento como una droga de inicio, lo que enfatiza la necesidad tanto de tratamiento como de prevención. Además, podría representar más problemas de salud e infraestructura para ser atendido. A pesar de ello, el alcohol encabeza la lista de drogas de inicio al menos hasta 2016, separándolo de los reportes sobre drogas junto al tabaco por tener un carácter legal frente al resto (Secretaría de Salud, 2020).

Se sabe que en 2016 por lo menos 2 300 millones de personas alrededor del mundo consumieron alcohol en el último año. El consumo de alcohol per cápita en el mundo en personas mayores de 15 años aumentó de 5.5 litros en 2005 a 6.4 litros en 2010; esta cantidad se mantuvo para 2016 (Organización Panamericana de la Salud, 2018). En México, por lo menos hasta 2017, los hombres consumieron tres veces más alcohol puro que las mujeres (7.9 litros en hombres y 2.1 en mujeres), la edad en la que se concentró la mayor cantidad de consumo fue entre los 18 y 29; entre 2002 y 2011 el consumo de alcohol alguna vez en la vida en población general aumentó de 64.9% a 71.3%, este consumo se mantuvo para 2016 (71%); a pesar de que el alcohol tenga un mayor control en su venta debido a su registro, comparado con drogas ilegales, 25.5% del alcohol que se consume en el mundo es alcohol no registrado (Secretaría de Salud et al., 2011), dentro del cual podría incluirse alcohol adulterado, práctica relacionada con un importante daño agregado a la salud y que suma importantes repercusiones en el consumo de alcohol (M. E. Medina-Mora et al., 2009).

El consumo excesivo de alcohol en adolescentes en México aumentó de 4.3% en 2011 a 8.3% en 2016 de acuerdo con último reporte de la ENCODAT (2017). También pudo observarse un incremento de consumo excesivo en la población adulta de 18 a 65 años; de 0.9% en 2011 a 3% en 2016. De ello, 2.2% reportó trastornos por consumo de alcohol con una prevalencia mucho mayor en hombres, 3.9% contra 0.6% en mujeres (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Comisión Nacional Contra las Adicciones; Secretaría de Salud, 2017).

En función de las prevalencias en el consumo de drogas a nivel global, la OMS ha propuesto alternativas y estrategias dirigidas a la prevención, promoción de la salud y accesibilidad a tratamiento (United Nations Office on Drugs and Crime, 2020). En el Informe sobre la Situación Mundial de Alcohol y Salud 2018 de la Organización Panamericana de Salud, enfatiza la reducción del consumo de alcohol como uno de los principales factores de riesgo que atenta contra la salud mundial, además de tener una estrecha relación contraria a las metas propuestas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible del 2030 (ODS-2030) (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

El Informe Sobre el Sistema de Salud Mental en México de (2011), enmarcó los retos que enfrenta el país y su necesidad de creación de políticas públicas que guíen un mejor desarrollo e implementación en la atención a la salud mental. La mala calidad en la atención tiene un serio impacto en la calidad de vida de quienes sufren alguna afección mental (Secretaría de Salud et al., 2011). Se sabe que los trastornos mentales representan alrededor de 12% de las enfermedades en todo el mundo y es una de las tres principales causas de muerte en personas de entre 15 y 35 años (Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud, 2011).

Accesibilidad de tratamiento para personas que consumen sustancias psicoactivas

En función de las prevalencias del consumo y los riesgos asociados al uso de sustancias, es importante conocer los servicios de atención que existen, así como su funcionamiento, su accesibilidad y su efectividad para tratar a quienes presentan trastornos por consumo de sustancias.

Dentro de los 269 millones de personas que usan drogas en todo el mundo, 35.6 millones de ellas sufren trastornos por consumo de sustancias (United Nations Office on Drugs and Crime (ONUDD), 2021), entendiéndolo como patrones desadaptativos del consumo de sustancias que conllevan a un deterioro o malestar clínicamente significativo cumpliendo con una serie de síntomas según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), mientras que para la CIE-11 referido como “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas”, se refiere a enfermedades mentales, físicas y del comportamiento que tienen importancia física y psicológica que se asocian al consumo de sustancias psicoactivas (Organización Mundial de la Salud, 2019). Dentro de los trastornos por consumo de sustancias se tienen 3 aspectos importantes a tomar en cuenta: la compulsión de consumo (sensación incontrolable por consumir sustancias), los síntomas de abstinencia (aparecen luego de que se haya detenido el consumo y estos varían en función de la sustancia) y la tolerancia (se genera una habituación a la sustancia y así la dosis habitual genera cada vez menos efecto) (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2011). A nivel global, solo una persona de cada ocho con trastornos por uso de sustancias recibe tratamiento; un tercio son mujeres, y de ellas solo 1 de cada 5, o menos, recibe tratamiento (United Nations Office on Drugs and Crime, 2020).

Se estima que 60 584 personas, con una media de edad de 31.08 años, acudieron a 1 125 centros de tratamiento en el año 2016 en México. En los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA), en Unidades de Especialidades Médicas (UNEME), en el mismo año, 53 588

personas solicitaron atención por trastornos por consumo de sustancias. Mientras que en los Servicios de Urgencias Hospitalarias se reportaron 13 405 eventos (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Comisión Nacional Contra las Adicciones; Secretaria de Salud, 2017).

Sin embargo, la atención sigue siendo deficiente; tan solo el primer acercamiento de las personas con trastornos mentales es con médicos generales (su detección, tratamiento y canalización a servicios especializados aún es escaso) (Medina-Mora et al., 2003). La discriminación y el estigma limita a las personas con alguna enfermedad mental a pedir atención profesional (Rentería Rodríguez, 2018). Sin embargo, derivado del desconocimiento y el estigma sobre la efectividad del tratamiento psicológico y psiquiátrico, las personas no acuden a los tratamientos disponibles (Medina-Mora et al., 2003), antes de acudir a un profesional se atiende el problema a través de familiares o amigos, incluso de agentes religiosos, lo cual puede agravar el problema (Berenzon-Gorn et al., 2003). Aunado a una brecha importante entre servicios públicos, falta de seguridad social y falta de presupuesto invertido en salud mental (Díaz-Castro et al., 2020).

En 2016, en México 74% de las personas que recibieron atención por consumo de drogas recibieron tratamiento residencial, mientras que 26.4% recibió tratamientos ambulatorios (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Comisión Nacional Contra las Adicciones; Secretaria de Salud, 2017). La investigación clínica sobre el tratamiento para trastornos por consumo de sustancias es muy escasa en México, dando como resultado que los tratamientos sean muy homogéneos en respuesta a diversas drogas y síntomas que deberían tener tratamientos especializados (Mercadillo & Enciso, 2017). Tan solo entre 1980 y 2010, de 220 reportes clínicos que se generaron en la atención a consumo de sustancias solamente 26 de ellos hacen referencia a pruebas de eficacia del tratamiento para consumo de sustancias

(Rojas et al., 2011). Es necesario un programa nacional de tratamiento integral que atienda de manera oportuna los problemas de consumo de sustancias y que al mismo tiempo acate la normativa de tratamiento bajo la NOM-028, pues lo correcto sería que las personas se atiendan en centros ambulatorios y no en centros residenciales (Souza y Machorro, 2014).

La disposición general en México para la prevención, tratamiento y control de adicciones está regida bajo la NOM-028 desde el 2000, que establece los procedimientos y criterios para la atención integral en el consumo de sustancias, así como la clasificación de los tratamientos (Secretaría de Salud, 2009):

- El *modelo profesional* se refiere a servicios que brindan los profesionales de la salud, ya sea a través de consulta externa, urgencias, hospitalización, entre otros.
- El *modelo de ayuda mutua* ofrece servicios a través de agrupaciones de personas en recuperación que consumen sustancias, utilizando el programa de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos, en el cual se pretende lograr y mantener la abstinencia.
- El *modelo mixto* ofrece un servicio de la combinación entre el modelo de ayuda mutua y el modelo profesional, en el cual los servicios médicos, psicológicos o psiquiátricos acompañan al modelo de ayuda mutua.
- Los *modelos alternativos* brindan servicios de tratamiento utilizando diversas técnicas y métodos que no pongan en riesgo la vida de los usuarios.

Marín-Navarrete, Medina-Mora y Tena (2014) proponen tres esquemas de atención para trastornos por consumo de sustancias en México, los cuales clasifican como:

1. La atención primaria en adicciones que se representa a través del sector público con poco más de 400 centros de servicio ambulatorio y 30 unidades de servicio hospitalario,

entre los que se encuentran hospitales psiquiátricos y Centros de Integración Juvenil a cargo de la Secretaría de Salud.

2. Los servicios de atención profesional privados, los cuales suelen tener costos elevados y pueden incluir tratamiento residencial y ambulatorio.

3. Los grupos de ayuda mutua que se derivan de la filosofía de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos, con más de 20, 000 grupos a nivel nacional, así como los Centros Residenciales de Ayuda Mutua para la Atención de las Adicciones (CRAMAA).

La Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) a través del Programa de Reconocimiento y Ratificación se encarga de evaluar que los centros que brindan atención para personas con trastornos por consumo de sustancia cumplan con los lineamientos de la NOM-028: supervisar a detalle el ingreso, egreso y seguimiento de los usuarios, así como revisar la infraestructura de los centros y coadyuvar con los trámites administrativos que le permitan al Gobierno Federal implementar mejoras en la calidad de la atención y los derechos humanos (Comisión Nacional Contra las Adicciones & Secretaría de Salud, 2021).

Los tratamientos residenciales actúan bajo el modelo médico; las personas que reciben este tipo de tratamiento, como primer paso, deben atravesar por un proceso de desintoxicación en un máximo tres semanas, en el cual se debe eliminar los síntomas del síndrome de abstinencia, lo cual aplica únicamente a Centros de Integración Juvenil (CIJ); la desintoxicación como primer paso del tratamiento no está normado bajo la NOM-028 (Centros de Integración Juvenil, 2016).

El CONADIC establece una serie de requisitos para poder llevar a cabo el registro de los centros de ayuda mutua que deseen certificarse, entre los que se encuentran: el formato de solicitud de reconocimiento, una acta constitutiva, un aviso de funcionamiento y responsable sanitario, Clave Única de Inscripción al Registro Federal de las Organizaciones de la Sociedad Civil

(CLUNI), Registro Federal del Contribuyente (RFC), un manual de procedimientos, una Cédula de Supervisión con un cumplimiento mínimo del 85% de puntuación total, cinco entrevistas a usuarios del centro, fotografías de la infraestructura, una carta de no antecedentes y un Dictamen Estatal de Reconocimiento. Todos los documentos anteriores deben ser presentados ante las Comisiones Estatales contra las Adicciones (CECA), pues los centros de ayuda mutua deberán presentar un puntaje entre 209 y 245 de la cédula de supervisión y su vigencia puede ir de 1 a 3 años en función de la puntuación obtenida ante la CECA (Comision Nacional Contra las Adicciones & Secretaría de Salud, 2021).

El CONADIC cuenta con un directorio de establecimientos especializados en el tratamiento de las adicciones del 2018 que recaba 268 de establecimientos que ofrecen atención contra las adicciones en modalidad residencial; la mayoría de estos son privados (n= 219), mientras que unos pocos son públicos (n= 49). Además, solo unos cuantos están dirigidos a la atención especializada en mujeres (n= 83), mientras que casi el doble de estos establecimientos está dirigido a la atención para hombres (Secretaría de Salud, 2020). Sin embargo, contrastando los establecimientos regulados por el CONADIC desde el 2011 con los establecimientos no gubernamentales registrados, solo 9.5% de 2, 291 de ellos estaban regidos bajo la NOM-028, suponiendo que para 2011 no siguió creciendo el número de estos establecimientos (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2019; Ospina-Escobar, 2021).

Los tratamientos ambulatorios son ofrecidos a través de diferentes organismos; los CIJ con 116 unidades, los CAPA con 343 unidades y hospitales especializados en salud mental y hospitales psiquiátricos, 51 y 38 unidades respectivamente (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2019). En ellos, se opera bajo la modalidad de terapia breve con el modelo cognitivo-conductual que se combina con terapia farmacológica, psicosocial y familiar (Ospina-Escobar, 2021).

En contraste con los CIJ y los CAPA, se ofertan también tratamientos a través de grupos de Alcohólicos y Narcóticos Anónimos (de los cuales se hablará más adelante), que hacen frente a la demanda de tratamiento que no pueden cubrir el resto de los centros de tratamiento. Se estima que en México existen más de 20, 000 de estos grupos, no todos están regidos bajo la NOM-028 (Marín-Navarrete et al., 2014). Estos grupos continúan utilizando los estándares tradicionales que siguen los principios originales de los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA), como el ingreso voluntario y no residencial sin ánimos de lucro, el apoyo entre pares para generar la abstinencia o el ánimo espiritual que motiva a los usuarios a creer en el cambio; además, también se ofertan tratamientos como los de cuarto y quinto paso que se llevan a cabo a través de “retiros” en fines de semana con objetivos catárticos y espirituales, y por otro lado, las “granjas” o “anexos” que ofrecen residencia con poca o nula regularización sobre el tratamiento (Sánchez-Mejorada, 2013).

Las personas que consumen sustancias identifican una amplia variedad de barreras que están relacionadas con la falta de acceso al tratamiento como la larga espera para recibir atención, el transporte, estigma, actitudes negativas del personal de salud, la mala salud de los propios usuarios (donde se incluyen discapacidades), la falta de recursos materiales o las barreras psicológicas como las conductas ansiosas, el miedo o la vergüenza para acceder a los servicios de salud (Greenwood, 1992; Neale et al., 2008; Riley et al., 2002).

Marín-Navarrete, Medina-Mora y Tena (2014) enlistan las barreras de atención en salud mental en: a) creencias ante la efectividad de tratamientos disponibles, b) disponibilidad limitada de servicios adecuados para mujeres, personas en situación de calle y población indígena, c) recursos limitados de los pacientes para acceder a tratamientos y, d) dificultad de acceso debido a la ubicación de los centros de tratamiento, además de no haber personal capacitado (Marín-Navarrete et al., 2014). Aunado a estas barreras, en México el primer acercamiento al pedir ayuda,

precedente a un profesional, suelen ser familiares, amigos, grupos de ayuda mutua y autoridades religiosas, lo que atrasa la búsqueda oportuna de un profesional para solucionar el problema y que, además, agrava las consecuencias del mismo (Berenzon-Gorn et al., 2003).

Las barreras que pueden encontrar las personas para acceder a tratamiento pueden ser tanto intrínsecas (pensamientos, creencias o actitudes) como extrínsecas (condiciones de los servicios de tratamiento, adecuación de necesidades o factores culturales), de ese modo un sistema de salud público y gratuito es idóneo para el acceso de todos los segmentos de la población, aunque no solucionaría la brecha de género en el acceso a tratamiento (Pedrero-Pérez et al., 2007).

Tomando en cuenta las necesidades de tratamiento, la Organización Mundial de la Salud a través de la UNODC menciona las características de un Sistema de Salud Eficaz para Proporcionar Servicios para el Tratamiento de Trastornos por Consumo de Sustancias, de lo que menciona se requiere de un esfuerzo coordinado para proporcionar políticas e intervenciones basadas en evidencia científica, pues el servicio de salud pública es el más indicado para llevar a cabo la prestación de estos servicios (United Nations Office on Drugs and Crime, 2018). Estos servicios de tratamiento:

- Estarán disponibles
- Serán accesibles
- Serán asequibles
- Estarán basados en evidencia
- Estarán diversificados

Para cumplir con las características antes mencionadas, es necesario cerrar la brecha que separa la investigación y la práctica comunitaria, para lograr una mejora en los servicios de tratamiento de los usuarios (Marín-Navarrete et al., 2014)

Estigma y discriminación en personas consumidoras de sustancias

Las personas que sufren algún tipo de enfermedad mental, no solamente se enfrentan a las consecuencias de salud derivadas del consumo, sino también al descontento social hacia la enfermedad mental y los individuos que la padecen. Este prejuicio social, denominado estigma fue introducido por (Goffman, 1963), quien lo definió como “un atributo que se encarga de desacreditar, en donde se coloca al individuo en un puesto de inferioridad que genera sentimientos de vergüenza, culpa y humillación”. Sin embargo, el concepto de estigma ha sido criticado por ser vagamente definido y por tener un enfoque individualista, en función de ello, este puede definirse como la co-ocurrencia de sus componentes: estereotipos, etiquetas, pérdida de estatus y discriminación; para que esta ocurra debe existir una relación donde se ejerza poder (Link & Phelan, 2001). Socialmente los usuarios de drogas son considerados personas peligrosas y culpables de su propia condición, incapaces de tener control sobre su conducta aún en comparación con personas con otro tipo de trastornos mentales (Corrigan et al., 2009).

Las conductas discriminatorias hacia personas con trastornos mentales, así como la falta de voluntad para ayudarlos o la contratación para puestos de trabajo están predichas o son anticipadas en función de las atribuciones sobre la causa de los trastornos mentales que padecen y por la percepción de peligrosidad (Corrigan et al., 2003). Son las personas que padecen de trastornos por consumo de sustancias los que sufren altos niveles de discriminación y desaprobación social en comparación con otras condiciones psiquiátricas (Barry et al., 2014; Schomerus et al., 2011).

Las personas que consumen sustancias y que presentan trastornos por consumo de alcohol conforman un grupo heterogéneo con diferentes necesidades que complican el tratamiento personalizado, lo que crea condiciones para que estos sean estigmatizados (Mora-Ríos et al., 2017). El estigma juega un papel importante en la salud y el bienestar psicológico de quienes lo sufren (Ahern et al., 2007). De ese modo, el espectro del estigma juega un papel a diferentes niveles. Por ejemplo, mientras más joven se es en el consumo de drogas mayor es la estigmatización que se recibe (Adlaf et al., 2009), además que impacta en diversas esferas de la salud en función de la gravedad de su dependencia. En el caso de las personas que se inyectan drogas el estigma tiene impacto en su relación con los servicios de salud, cuidado médico y tratamiento de drogas, lo cual tiene relación a su vez con conductas de riesgo, poca utilización de los servicios de salud y cuidado o atención no profesional (Couto e Cruz et al., 2019; Paquette et al., 2018).

Algunos usuarios internalizan o se apropian de estereotipos [de personas con trastornos mentales] generando sentimientos de vergüenza, inseguridad y culpa, e incluso pueden llegar a tener el mismo sentimiento de rechazo hacia otros usuarios de drogas (Luoma et al., 2008), éste sigue una línea que desemboca en la falta de utilización de servicios. El estigma público contribuye en gran medida a la experiencia del estigma internalizado en función de los estereotipos y actitudes negativas que, a su vez, influye en las actitudes de los usuarios en la búsqueda de ayuda, lo que culmina en que reduzca o elimine su voluntad para pedir ayuda (Cunningham et al., 1993; J. F. Kelly & Westerhoff, 2010; Vogel et al., 2007).

El estigma se puede presentar de diferentes maneras; en forma de experiencias en función de estereotipos o rechazo; estigma promulgado o explícito donde la discriminación social es directa como la dificultad para obtener trabajo, poco apoyo en el tratamiento, acceso reducido a la vivienda o rechazo social; estigma percibido entendido como las creencias que tienen los grupos

estigmatizados sobre las prevalencias o actitudes estigmatizantes de la sociedad; o estigma internalizado que se traduce a pensamientos y sentimientos negativos que surgen de la identificación con un grupo estigmatizado (Chang et al., 2020; Link et al., 2004; Luoma et al., 2008). Diversos estudios demuestran que es común que pacientes con problemas de sustancias tengan tasas altas de estigma internalizado, los cuales reportan haber internalizado estereotipos negativos de personas que tienen un historial de consumo de drogas, el cual puede tener un impacto perjudicial en el uso de sustancias, además de ser un fuerte predictor para los problemas por consumo de drogas (M Kulesza et al., 2014; Magdalena Kulesza et al., 2017; Luoma et al., 2013).

El estigma internalizado puede ser mayor en personas que consumen solo alcohol en comparación con quienes combinan el alcohol con otras sustancias (Abeldaño et al., 2016; Corrigan et al., 2005; Etesam et al., 2014). Según Corrigan y colaboradores (2005), el estigma puede deberse a que quienes ven a estos individuos como responsables de su consumo se muestren molestos hacia ellos y nieguen la ayuda, y además, sientan lástima por ellos, lo que fomenta un rechazo por el trastorno que los mismos usuarios padecen (Corrigan et al., 2005). El tratamiento y rehabilitación de usuarios de drogas debe incluir servicios que asesoren al paciente para reducir los niveles de estigma internalizado y así mejorar su funcionamiento social (Can & Tanriverdi, 2015).

El modelo médico propone llamar a la adicción como una “enfermedad del cerebro” porque des-estigmatiza a quienes la padecen, sin embargo, la enfermedad misma ha sido estigmatizada a lo largo de los años (Volkow, 2015). El estigma relacionado con el trastorno plantea preguntas importantes ya que el trastorno por consumo de sustancias puede ser estigmatizante en sí mismo, incluso el mero proceso de la problematización del trastorno constituye un proceso de estigma (Fraser et al., 2017). El estigma y la discriminación constituye

una de las principales barreras en la atención para las personas que padecen algún trastorno mental; no solamente en el nivel clínico, sino también en el nivel familiar y social, dentro de los cuales el personal de salud funge como uno de los principales aparatos estigmatizantes (Mora-Ríos & Bautista, 2014).

Los usuarios de drogas que buscan atención de salud usualmente sufren discriminación en torno a su enfermedad y, por lo tanto, suelen recibir una atención de menor calidad (Miller et al., 2001), esto logra que algunos de ellos intenten ocultar su consumo de drogas por miedo a un maltrato alrededor del cuidado de su salud y esto agrave su condición, y por lo tanto no se cubra esa necesidad de atención (Kurtz et al., 2005). Lo que muchas veces culmina en un estigma anticipado, que lleva al ocultamiento del trastorno y a su vez, al asilamiento de la misma; este estigma anticipado se relacionan con dificultades laborales y sociales, especialmente a las referentes con pares (Muñoz et al., 2009).

El personal alrededor de la atención a la salud suele tener actitudes estigmatizantes hacia los usuarios de drogas que impacta de manera negativa en la prestación de servicios médicos, como interrumpir su tratamiento o abandonarlo (Ball et al., 2006; Neale et al., 2008). Los profesionales de salud, así como el resto de prestadores de servicios médicos, usualmente carecen de capacitación y educación para trabajar con pacientes consumidores de drogas, lo que los involucra menos su compromiso personal y exista menor empatía, y por lo tanto, factores como la violencia, la manipulación y la falta de motivación obstaculicen la prestación de atención médica (Van Boekel et al., 2013). Estas actitudes negativas están construidas en gran medida por una pobre alianza terapéutica, donde la mala comunicación entre el terapeuta y el paciente culmina en una interpretación sesgada de síntomas físicos en la cual el terapeuta los atribuye erróneamente al uso de drogas (Palmer et al., 2009; Thornicroft et al., 2007).

Estudios realizados por Burti & Mosher (2003) y Gilchrist (2011), muestran que las actitudes negativas de los profesionales de la salud tienden a estar basadas mayormente en experiencias personales tratando con personas con enfermedades mentales, este rechazo por parte del personal profesional es mayor hacia las personas que consumen drogas en comparación con otros grupos como la depresión o la diabetes (Burti & Mosher, 2003; Gilchrist et al., 2011).

El rechazo de la sociedad hacia personas consumidoras de sustancias se traduce en un estigma que asocia el consumo de sustancias (incluso si el individuo está recibiendo tratamiento) con la pertenencia a un grupo concreto con características que la sociedad cataloga como negativas (Brown, 2011). Pescosolido y colaboradores (2013) realizaron un extenso estudio en 2013 donde documentó las actitudes negativas hacia personas con esquizofrenia y depresión, grupos marginados y estereotipados como los consumidores de drogas, en 16 países de Europa, América, Asia y Australia (Pescosolido et al., 2013). Este tipo de estereotipos, actitudes negativas y prejuicios que usualmente están asociados con la enfermedad mental están presentes en las fuentes masivas de información, como la televisión, la radio y otros medios de comunicación (Muñoz et al., 2009).

Las campañas de anuncios de servicios públicos como estrategias de educación pública y concienciación pueden tener cierto impacto en la eliminación del estigma hacia personas con enfermedades mentales, utilizando recursos con gran poder de difusión como la televisión y las redes sociales (Corrigan & Penn, 2015). Sin embargo, la poca direccionalidad hacia grupos locales dispersa el impacto que estas campañas podrían tener debido a que usualmente no se tiene un acercamiento real con personas con padecimientos mentales, es decir, se tiende ver a las personas con trastornos mentales a través de estereotipos (Corrigan, 2012).

Un estudio realizado por McGinty y coautores en el 2015 recaudó a casi 4000 personas en un panel online donde se les presentaron viñetas de individuos quienes presentaban esquizofrenia, depresión o trastornos por consumos sustancias en condiciones sin tratamiento y con tratamiento exitoso. Los participantes debían responder a preguntas sobre sus actitudes relacionadas con el trastorno mental y consumo de sustancias; la representación de personas con trastornos mentales o por consumo de sustancias, ya sea en campañas públicas o programas contra las drogas tratadas con éxito es una estrategia prometedora para reducir el estigma y la discriminación y mejorar la percepción pública de la eficacia del tratamiento (McGinty et al., 2015).

A pesar de que la NOM-028 regule algunos grupos de ayuda mutua, no se puede ignorar el contexto de violencia y marginación en que la mayoría de centros residenciales coexisten con la realidad mexicana, siendo su mecanismo de acción un reflejo de la misma conceptualización de sanación a través del castigo (García, 2015). El contacto de los grupos marginados, incluyendo personas que consumen sustancias, usualmente está caracterizado por abusos tanto físicos como psicológicos, procedimientos médicos forzados e incluso la negación de tratamiento (Open Society Foundations, 2011). Los usuarios que solicitan ayuda en centros de tratamiento no se seleccionan con base en medidas objetivas, sino en su apariencia física, es decir, condiciones y prototipos físicos de acuerdo con el estereotipo de persona que consume sustancias (Rafful et al., 2020), por lo que la mayoría de las personas que buscan tratamiento sufren violaciones a sus derechos humanos en nombre de la rehabilitación (Open Society Foundations, 2011). No solamente dentro del tratamiento, sino que también al negar el acceso a servicios de salud se genera sufrimiento y dolor, lo que se traduce en una manera de tortura (Nowak, 2006).

La maquinaria burocrática de los servicios de tratamiento se traduce en estigma que sufren los usuarios de drogas que buscan tratamiento (Mora-Ríos et al., 2017). La falta de vigilancia

gubernamental sobre los centros de tratamiento de drogas genera que se siga reproduciendo la violencia estructural (violencia ejercida por las estructuras sociales que impide el desarrollo de las capacidades de un individuo) que sufren los usuarios, por lo que se convierten en un grupo que el Estado no se encarga de proteger (Rafful et al., 2020).

La cantidad de mujeres que consumen y tienen trastornos por consumo de sustancias es menor que los hombres, sin embargo, esto genera un mayor estigma discriminatorio, por lo que es más difícil para ellas buscar tratamiento de manera voluntaria (Lozano-Verduzco et al., 2016). El gobierno y los proveedores de salud son los responsables de supervisar y detener las prácticas de violencia que violan leyes internacionales en el tratamiento (Open Society Foundations, 2011) y los encargados de proteger a los sectores más vulnerados como son las mujeres; la violencia hegemónica masculina es más visible en el tratamiento de drogas con mujeres, sin embargo, el sentimiento de subordinación dentro de la violencia estructural masculina (violencia materializada mediante distintas clases de agresión para mantener la dominación masculina para reprimir la potencialidad de las mujeres) hace que las víctimas no comuniquen los actos de violencia inmediatamente (Lozano-Verduzco et al., 2016). Sin embargo, debido a que los centros de tratamiento de drogas reciben fondos públicos y no son parte del gobierno, estos se convierten en agentes de Estado; pasan a ser “aparatos de castigo” (Foucault, 2003), a través de los cuales se ejerce poder y discriminación que se traduce en violencia (Rafful et al., 2020).

Los grupos de ayuda mutua y la influencia de Alcohólicos Anónimos (AA)

Usualmente los términos de grupos de “auto-ayuda” y “ayuda mutua” (“*self-help groups*” y “*mutual-help groups*” en inglés) tienden a confundirse; sin embargo, los grupos de auto ayuda se refieren al conjunto de variedad de intervenciones dirigidas al cambio personal a través de libros o materiales de trabajo, así este término va dirigido no al cambio a través del “yo”, sino de la

experiencia y el apoyo compartido dentro de un grupo (J. Kelly & Yeterian, 2008a). Es por eso, que los grupos de “auto ayuda” se conocen cada vez más como grupos de “ayuda mutua”. Así, AA no se clasifica como un método de tratamiento, sino es mejor entendido como un programa de recuperación de 12 pasos creado por esta misma agrupación (programa usado en otros grupos de ayuda mutua como Narcóticos Anónimos o Grupos de Ayuda Mutua en Enfermedades Crónicas) con un enfoque organizacional de ayuda mutua, por lo que es común que quienes acuden a estos grupos no sean miembros diagnosticados clínicamente, sino autodefinidos como “alcohólicos” (Borkman, 2008).

Los servicios que ofrecen la gama de centros de ayuda mutua están basados en el esquema filosófico de AA (Marín-Navarrete et al., 2014). Este esquema de atención de AA nace en Estados Unidos alrededor de la década de 1970, rodeado de un entusiasmo protestante de la época, conformada principalmente por miembros blancos de clase media de Estados Unidos, sin embargo, este sistema de creencias y tradiciones ha logrado penetrar y combinarse con culturas de Latinoamérica y Europa (Rosovsky, 2009), lo que ha dado como resultado diferencias en la maquinaria interna en cuanto valores y maneras de conceptualizar al tratamiento y al enfermo.

El modelo de 12 pasos está dividido en tres secciones (representado también en el logo de AA con un triángulo dentro de un círculo): las aristas del triángulo representan la recuperación, el servicio y la unidad; mientras que el círculo representa el refuerzo entre los miembros y el sentido del intercambio y la fraternidad (Borkman, 2008). Estos se detallarán más adelante para contextualizar la investigación sobre la efectividad de los 12 pasos en el tratamiento para trastornos por consumo de sustancias.

La razón de ser de los grupos de ayuda mutua se basa en un problema frecuente que sufren los miembros que los conforman, teniendo en cuenta elementos comunes: reconstruye funciones

que la fragmentación social y la estigmatización ha dejado sin soporte, crea reciprocidad horizontal entre los miembros en contraste con las relaciones asimétricas entre médicos y pacientes y relaciona patologías y enfermedades que generalmente son marginadas, como el VIH, la enfermedad mental o el uso de drogas y alcohol (Rivera Navarro, 2004).

Dentro de estos centros se destacan los Centros Residenciales de Ayuda Mutua para la Atención a las Adicciones (CRAMAA) que están dirigidos a quienes padecen una condición grave del consumo de sustancias con otra serie de problemas asociados, por lo que la complejidad del padecimiento requiere un internamiento (Marín-Navarrete, Eliosa-Hernández, et al., 2013) Estos centros responden a una falta de infraestructura y servicios especializada de tratamientos residenciales especializados, ya que los servicios residenciales públicos y privados en México no son costeables para la mayoría de la población afectada (Marín-Navarrete, Benjet, et al., 2013)

AA se describe a sí misma como una comunidad donde se comparten experiencias para superar el alcoholismo de manera horizontal, con ayuda de pares que también comparten el problema del consumo de alcohol a través de la experiencia; en estos grupos no se cobran cuotas ni tampoco existe una afiliación a grupos religiosos ni otro tipo de instituciones (Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2019). Sin embargo, por otro lado existe un contraste fuertemente marcado entre lo estipulado dentro de los grupos de ayuda mutua, como son los “anexos” o “granjas”, donde se ofertan tratamientos residenciales (en su mayoría no regulados) (Secretaría de Salud, 2009). Esto representa una disidencia en la tradición establecida del mecanismo de AA desde su llegada a México (Brandes, 2002), ya que es la misma organización de AA que estipula no contar con estos servicios residenciales (Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2019).

En función de las reducidas ofertas de tratamiento y aunado a que usualmente estas son costosas e inaccesibles para el grueso de la población que no cuenta con recursos suficientes, la sociedad civil se vio orillada a realizar adaptaciones a las ofertas tradicionales ambulatorias que ofrecían atención ambulatoria basada en el modelo de ayuda mutua denominándolos “anexos” de donde nacen los Centros Residenciales de Ayuda Mutua para la Atención a las Adicciones (CRAMMA), que adoptaron la filosofía de AA para mantener sobrios a los usuarios, sin adherirse a la tradición de los 12 pasos (Rosovsky, 2009).

El aumento de grupos de ayuda mutua en México resulta preocupante, debido a la manera tan anónima y poco regulada de este tipo de centros dificulta conocer su metodología y los resultados derivados de la misma, además que el personal que labora en ellos no cuenta con formación académica que permita evaluar procedimientos y resultados del tratamiento, aunado a que, a pesar de que los tratamientos para trastornos por consumo de sustancias estén regulados bajo la Norma 028, no existen elementos fiscales que permitan verificar que la norma se cumpla (Pulido Rull et al., 2009).

Evidencia del uso de los 12 pasos como método de tratamiento para consumidores de sustancias

La investigación sobre la efectividad de AA y su modelo de 12 pasos es controversial y está sujeta a amplias interpretaciones (Kaskutas, 2009). Así como es importante comprender los efectos de los 12 pasos asociados con el tratamiento, también es importante identificar los elementos activos de los mismos y discriminar cuáles actividades están más fuertemente ligadas a mejores resultados (Zemore et al., 2013). La premisa del método de 12 pasos plantea que los cambios en conductas, cogniciones y la adopción de la creencia en el modelo de enfermedad y la participación en programas de ayuda mutua reducen los síntomas por consumo de sustancias (Morgenstern et al., 2003).

AA divide los 12 pasos de la siguiente manera, cada uno de ellos tiene una amplia explicación plasmada en el libro de “Alcohólicos Anónimos y los 12 pasos” (Alcoholics Anonymous World Services, 1952):

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
4. Sin temor hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de nuestros defectos.
7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.

12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar el mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

El método de 12 pasos está caracterizado por la manera en la que se pueden dividir estos a través de tres grandes pasos o categorías de manera continua (para poder avanzar en los pasos se tiene que completar el paso anterior). Según Tonigan & Rice (2010) estos pueden verse como pasos de rendición ante la bebida (pasos del 1 al 3), pasos de acción (pasos del 4 al 9) y pasos de mantenimiento (pasos del 10 al 12); aunque otra alternativa a esta clasificación ve a estos pasos como “pasos orientados conductualmente” (pasos 4, 5, 8, 9, 10 y 12) y “pasos con un enfoque espiritual” (pasos 1, 2, 3, 6, 7 y 11) (Tonigan & Rice, 2010). En función de esta categoría Greenfield & Tonigan (2013) encontraron que son los pasos con enfoque espiritual sobre los pasos conductuales, los que predicen el porcentaje de días en abstinencia, como creer que hay un poder superior sobre los deseos de beber, un poder superior que puede restaurar la sanidad o preguntar a Dios para quitar el defecto de tomar alcohol, aunque el modelo aún requiere más exploración (Greenfield & Tonigan, 2013).

Algunos estudios señalan que la participación en los 12 pasos está asociada con una reducción global en el consumo drogas (Montgomery et al., 1995; Timko & Sempel, 2004; Toumbourou et al., 2002; Witbrodt & Kaskutas, 2005). Alcanzar periodos largos de abstinencia en el consumo de alcohol en AA representa una involucración mayor en las actividades de los 12 pasos, mientras que esta involucración es menor para quienes tienen periodos de abstinencia más cortos (Moos & Moos, 2006; Reynaga et al., 2009). Sin embargo, uno de los grandes problemas para determinar si existe un efecto entre la participación en los 12 pasos de AA y el consumo de alcohol es la tendencia de las personas con problemas de alcohol para decidir acudir a algún grupo de AA (Bogenschutz, 2008). Algunos de los factores que podrían afectar tanto la participación en

AA como el consumo de alcohol podrían ser la gravedad del consumo de alcohol, problemas psicológicos o motivación por dejar de consumir antes de ingresar a AA, soporte social y características sociodemográficas (Magura et al., 2013).

Los usuarios de alcohol más veteranos y con más involucramiento en AA obtienen resultados más favorables en el tratamiento para mantener la abstinencia (Reynaga et al., 2009). Otros estudios afirman que los eventos estresantes se relacionan negativa y significativamente más con la cantidad de días sin consumo, es decir, que mientras menos eventos estresantes existan en los usuarios la probabilidad de estar más días en abstinencia aumenta (Maharaj, 1990; Owen et al., 2003; Puente et al., 2019).

Las personas que ya no consumen alcohol y se encuentran en recuperación que ayudan a otros a mantener la abstinencia a largo plazo después de que estos tuvieron un tratamiento formal (llamados “padrinos”), son más capaces de mantener su propia abstinencia (Pagano et al., 2004). Incluso el ser padrino ha demostrado tener más beneficios en el mantenimiento de la abstinencia que el ser apadrinado en el tratamiento para trastornos por consumo de sustancias por parte de Narcóticos y Alcohólicos Anónimos (Crape et al., 2002). Estos, además de brindar soporte y fungir como guías en el tratamiento, también juegan un papel importante al abordar barreras como la falta de transporte o de cuidado de los hijos de los miembros, todo con el fin de implicar a los integrantes a un mayor tiempo de exposición al grupo (Moos & Moos, 2006).

Existe evidencia de que la asistencia constante y consistente a los grupos de AA y el seguimiento de los 12 pasos puede mejorar los resultados en la reducción en el consumo de alcohol, independientemente de las variables extrañas usuales que ocurren en estudios no aleatorizados, como pueden ser, comorbilidades asociadas al consumo o el tiempo que los usuarios llevan consumiendo alcohol (Magura et al., 2013). Esta asistencia constante a las reuniones de AA y el

apadrinamiento (un miembro del grupo con más experiencia y tiempo de abstinencia se encarga de apoyar y guiar a nuevos miembros durante su estancia en AA) tienen una implicación significativa en la recuperación o abstinencia al alcohol en miembros nuevos a AA después del primer año (Zemore et al., 2013). Además, existe evidencia de que existe una ventaja del apadrinamiento que mejora el tiempo de abstinencia en miembros de AA durante su primer año de tratamiento (Tonigan & Rice, 2010). Aunado a ello, parece que en individuos con consumo de cocaína la participación activa dentro del programa de 12 pasos en conjunto con consejo psicológico en drogas podría ser efectivo en la reducción del consumo (Weiss et al., 2005), al igual que parece prometedor para los usuarios de metanfetaminas, aunque se necesita más investigación para este grupo (Donovan & Wells, 2007; National Institute On Drug Abuse, 2018).

Los niveles altos de afiliación (o participación) a grupos de ayuda mutua predicen mejores resultados después del primer año del uso del programa (McKellar et al., 2003). Sin embargo, esos resultados no mantienen la continuidad de la participación en grupos de ayuda mutua en años posteriores; esto indica que el efecto del tratamiento no depende de la experiencia previa en estos grupos ni del nivel del trastorno por consumo de la sustancias (McKellar et al., 2003; Tonigan et al., 2000). Pacientes tratados con el programa de 12 pasos tienen una tasa de afiliación de ayuda mutua mayores a los pacientes tratados con terapia cognitivo conductual, lo que podría representar mayor sostenibilidad en la recuperación después de la implementación del programa de 12 pasos (Humphreys et al., 1999).

Los grupos de ayuda mutua donde solo se ofrecen sesiones cortas y ambulatorias no tienen efectividad para pacientes que presentan trastornos por consumo de sustancias y enfermedades comórbidas graves como la esquizofrenia o el trastorno depresivo mayor (Humphreys et al., 2004), lo que contrasta con investigación que afirma, por ejemplo, que la asistencia a grupos de ayuda

mutua que utilizan los 12 pasos, podría explicar parcialmente la reducción de síntomas depresivos más allá del el incremento en la abstinencia en el consumo de alcohol (Wilcox et al., 2015).

El uso del programa de 12 pasos es una herramienta útil que apoya el uso reducido en el consumo de drogas en los pasos iniciales para cambiar la conducta de reducción de consumo hasta llegar a la abstinencia , y aunque la asistencia a este puede predecir si los participantes consumirán drogas, no predice su frecuencia de uso (Tonigan & Beatty, 2011). Esto puede deberse a fallas metodológicas en las investigaciones; los ensayos controlados aleatorizados son difíciles de realizar, además que los estudios correlacionales dentro de grupos de ayuda mutua son difíciles de interpretar debido a la gran cantidad de variables extrañas (Magura et al., 2013). Sin embargo, no puede negarse que los programas de tratamiento profesional que enfatizan los enfoques de autoayuda aumentan la confianza de sus pacientes en los grupos de autoayuda gratuitos y, por lo tanto, reducen los costos posteriores de atención médica. Debido a ello, estos programas representan un enfoque rentable y mucho más barato para promover la recuperación del abuso de sustancias después de terminar tratamientos profesionales (Humphreys & Moos, 2001).

Método

El propósito de este estudio de tipo temático (Hernández Samiperi et al., 2014) fue explorar las barreras de capacitación percibidas por el personal que brinda atención en el tratamiento por consumo de sustancias con respecto al personal que labora en Centros de Ayuda Mutua en México. Como instrumento de recolección de los datos se utilizó el Cuestionario para Evaluar Estándares Internacionales de Tratamiento para Trastornos por Consumo de Sustancias de la OMS. Las barreras de capacitación pueden entenderse como aquellos factores que impidan u obstaculicen el proceso en la adquisición de conocimientos, procedimientos o conductas de individuos u organizaciones con un fin específico.

Pregunta de investigación

¿Qué percepción tiene el personal que brinda atención en el tratamiento por consumo de sustancias con respecto a las barreras de capacitación de personal que trabaja en grupos de ayuda mutua en México?

Objetivo general

Explorar las barreras percibidas por el personal que brinda atención en el tratamiento por consumo de sustancias con respecto a la capacitación del personal que labora en grupos de ayuda mutua.

Objetivos específicos

1. Explorar las dificultades que percibe el personal que brinda atención en el tratamiento por consumo de sustancias con respecto a la implementación de políticas públicas que regulen a los grupos de ayuda mutua en México.
2. Explorar las dificultades que percibe el personal que brinda atención en el tratamiento por consumo de sustancias en la implementación del tratamiento basado en evidencia científica en grupos de ayuda mutua en México.
3. Explorar las dificultades que percibe el personal que brinda atención en el tratamiento por consumo de sustancias con respecto al trato ético con los pacientes que residen en grupos de ayuda mutua en México.

Participantes

Se realizó un muestreo propositivo no probabilístico que incluye a 150 participantes, correspondientes al personal que atiende en los tres niveles de atención, además de personal no profesionalizado en el tratamiento por consumo de sustancias; incluyendo organizaciones no gubernamentales de México, personal administrativo e investigadores:

- Personal administrativo de servicios
- Consejo Psicológico en adicciones
- Enfermería psiquiátrica, trabajando en adicciones y generales
- Especialistas en adicciones
- Especialistas en salud pública
- Investigación
- Medicina
- Psicología clínica y general
- Psiquiatría
- Trabajo comunitario y en salud
- Trabajo Social
- Usuarios de servicios
- Otros

Criterios de inclusión

En este trabajo se incluyó al personal que brinda atención en el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias en México; se refiere tanto a personal profesional como no profesional alrededor de la atención en el tratamiento por consumo de sustancias (como lo son administradores, investigadores o personal que labora en centros de Alcohólicos Anónimos).

Criterios de exclusión

Personal que brinda atención en el tratamiento por consumo de sustancias que no trabajen en México; este se refiere tanto a personal profesional como no profesional.

Medición

Se usó el Cuestionario para Evaluar Estándares Internacionales de Tratamiento para Trastorno por Consumo de Sustancias, elaborado por la Unidad de Administrativa de Abuso de Sustancias del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con la Unidad de Prevención y Salud y Uso de Drogas de la UNODC; del cual se utilizó la sección de preguntas abiertas y comentarios para cada rubro.

Procedimientos

Se realizó un muestreo propositivo no probabilístico con una muestra homogénea y de expertos (Hernández Samiperi et al., 2014) que incluyó al personal que atienden trastornos por consumo de sustancias en México, quienes respondieron preguntas abiertas relacionadas con Estándares Internacionales de tratamiento por consumo de sustancias elaborado por el departamento de Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud.

Se utilizó un diseño cualitativo temático y se realizó un análisis de datos secundario, en el cual se utilizaron los datos respectivos a las preguntas abiertas del proyecto “Prueba de Campo de los Estándares Internacionales de Tratamiento para Trastornos por Consumo de Sustancias” a cargo de la Dra. María Elena Medina-Mora Icaza y la Dra. Rebeca Robles García; ambas adscritas a la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Lineamientos éticos

Existe una aprobación por parte del Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, para llevar a cabo la aplicación y contestación del cuestionario, así como la inclusión de un consentimiento informado para los participantes en donde se indica la confidencialidad de sus datos y respuestas, además del manejo anónimo de los mismos.

Todas las investigadoras y el autor de esta tesis completaron el programa Collaborative Institutional Training Initiative (CITI Program; Collaborative Institutional, n.d.).

Análisis de datos

Con el fin de identificar y analizar patrones dentro de las respuestas que dieron los participantes, se llevó a cabo un análisis temático (Hernández Samiperi et al., 2014). Se realizaron encuentros vía Zoom de forma semanal con tres jueces para la discusión y construcción de los códigos en los que se dividieron los temas de las respuestas.

Dos tesisistas se encargaron de las codificaciones de las respuestas de cada estándar, mientras que la directora de la tesis como tercera jueza, se encargó de deliberar las discrepancias en las codificaciones. Se realizaron reuniones semanales vía Zoom, en las cuales primero se discutieron las respuestas de los participantes. Después se discutieron las posibles categorías y la pertinencia de estas para clasificar las respuestas.

Se discutió la pertinencia de las categorías resultantes y se eliminaron las que no resultaron pertinentes o que se encontraban incluso dentro de otras categorías. Las discrepancias se discutían en las videollamadas y se comparaban las decisiones de cada tesisista con respecto a cada respuesta y su inclusión en determinada categoría, la directora de esta tesis como deliberadora encontraba solución a las discrepancias.

Para la codificación de primer nivel, las respuestas de los participantes resultaron organizadas en 12 categorías:

- Barreras geográficas
- Lingüísticas/ Cultural/ Responsabilizar a los usuarios
- Personal (recursos humanos)
- Opciones/seguimiento
- Malas prácticas/condiciones inadecuadas
- Financieras
- Servicios basados en comunidades
- Organización
- Infraestructura
- Inseguridad
- Medicamento
- Tiempo/horarios de servicio y transporte

Una vez que se organizaron las respuestas en categorías cada vez más acotadas se procedió a crear los temas con las respuestas que estuvieran direccionadas a la pregunta de investigación. Los temas obtenidos se decidieron en función de la frecuencia de respuestas y su relación con las barreras de capacitación en Centros de Ayuda Mutua, estos contuvieron, a su vez, subdivisiones que se describen en los resultados.

Resultados

Se obtuvieron siete temas relacionados con las barreras de capacitación en Centros de Ayuda Mutua en México. Estos temas, aunque explican de manera individual la relación de factores específicos que interfieren o dificultan la capacitación en los Centros de Ayuda Mutua, están interrelacionados. Estos forman parte de un sistema complejo en el cual las barreras de atención del sistema de salud profesional promueven las barreras de capacitación en centros no profesionales.

El estigma y la discriminación fungió como un tema que contextualiza el trato hacia los usuarios consumidores, pues éste rodea la mala atención tanto en el tratamiento profesional como en el no profesional.

La falta de recursos humanos y de presupuesto fueron de los temas más mencionados entre los participantes y que mayormente impactan en las barreras de capacitación, sin embargo, conductas y pensamientos del personal profesional y no profesional, así como procedimientos administrativos que se llevan a cabo dentro del sistema de salud fueron mencionados también como factores que obstaculizan la adquisición de procedimientos, conocimientos o conductas en los Centros de Ayuda Mutua.

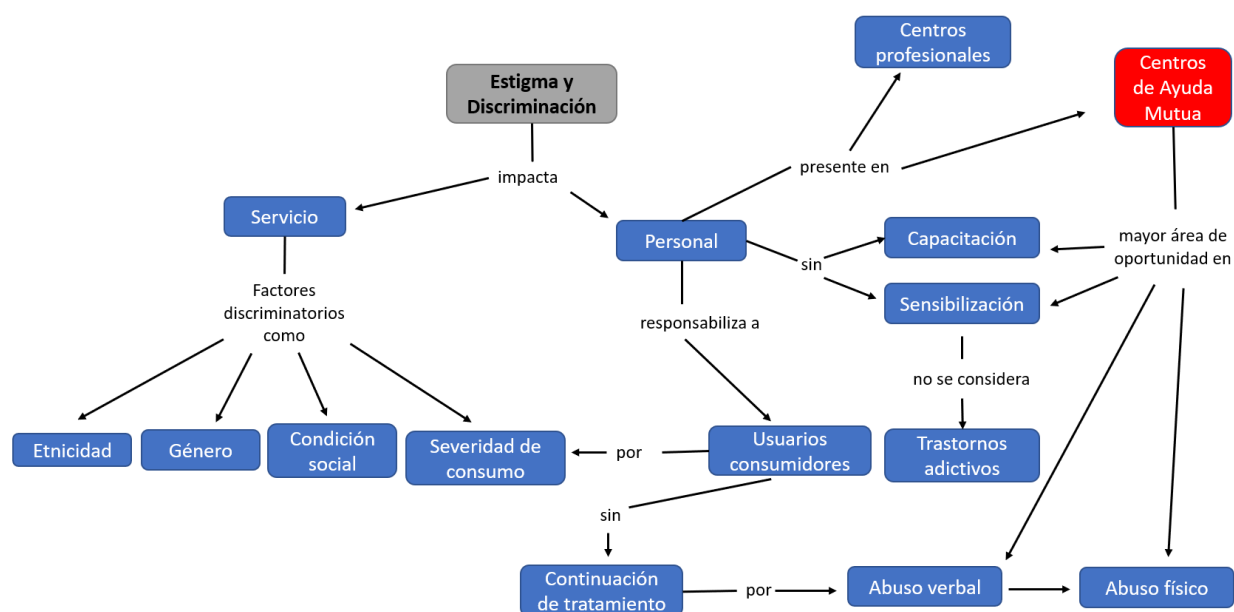
Contexto de estigma y discriminación hacia personas que consumen sustancias

El estigma y las conductas discriminatorias por parte del personal de salud fue uno de los temas más relevantes y más mencionado por los participantes; contrastando con respuestas que abordan el estigma y la discriminación como una barrera de capacitación y atención, mientras que,

al mismo tiempo los respondientes mostraban estas acciones, ideas y pensamientos dentro de sus respuestas (Figura 1).

Figura 1

Estigma y discriminación hacia personas que consumen sustancias



La mayoría de los participantes mencionaron que, usualmente, el servicio de salud es negado a usuarios en función de su etnicidad (a través de la falta de servicios con lenguas indígenas), género (peores condiciones de atención para las mujeres) o condición social (usuarios en situación de calle). Estas condiciones de los usuarios consumidores (de las que se saben por sí mismas generan discriminación y estigma) se suman a las conductas por parte del personal de salud para criminalizar, estigmatizar, negar el servicio e incluso violentar los derechos humanos de los usuarios. Algunos ejemplos en las respuestas de estas conductas son: *“la estigmatización hacia los usuarios que requieren de dichos tratamientos especializados, además de la falta de*

sensibilización por parte de los que laboran en los diferentes niveles de atención” y “la principal barrera está en el estigma hacia los consumidores, en especial en el 3er nivel de atención, donde no se considera el trastorno adictivo como una enfermedad por parte de muchos profesionales...”.

En ellas se pueden apreciar el estigma y la discriminación como una barrera de atención. Contrastando con otras respuestas de participantes consideran que *“el acceso gratuito repercute en no acudir [a] tratamiento”* y que *“aunque tienen la oportunidad [de recibir atención], no acuden”*. Esto implica que, de acuerdo con estos comentarios, la brecha de atención se debe a los pacientes, y su responsabilidad para acudir y llevar el tratamiento, y no a la disponibilidad o calidad de los servicios.

Aunado a factores discriminatorios como el consumo de sustancias psicoactivas, el grado de gravedad o el estatus socioeconómico, se suma que existe una mayor discriminación hacia mujeres consumidoras y aún más a usuarias embarazadas, como lo describe una respuesta de un participante: *“Las mujeres embarazadas sufren de mucho estigma cuando acuden a los servicios de salud. Dentro de las instituciones públicas no se cuenta con tratamiento de metadona [tratamiento para el consumo de opioides]. En los CIJ [Centros de Integración Juvenil] hay lista de espera y si una paciente llega a recaer pierde la oportunidad de volver a entrar a tratamiento. Esto pone en riesgo la vida tanto de la usuaria como del bebé”*. Otra participante comparte que no hay tratamientos con modelos exclusivos para mujeres en función del aumento de consumo en la población femenina: *“No se cuentan con modelos de atención exclusivos o específicos para mujeres, por lo que la barrera más importante es que se requiere el diseño y evaluación de estos, con la finalidad de atender estas necesidades”*. Sin embargo, otro participante considera que *“el género no es barrera para no poder dar el servicio de atención”*, mientras que otro adjudica la responsabilidad a las pacientes en cuanto a que *“... generalmente las mujeres adictas regresan*

con sus exparejas, que también son adictas, y los hijos terminan al cuidado de familiares o del DIF [Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia]". De acuerdo con estos comentarios, implicaría que la brecha de atención para mujeres consumidoras se debería a su responsabilidad para con el tratamiento y las decisiones que tomen al finalizar el mismo y no al estigma y problemas estructurales que enfrentan históricamente las mujeres.

La conductas discriminatorias y violatorias de derechos humanos se viven tanto en el ámbito profesional como en el no profesional, especialmente en centros de internamiento involuntario, como lo menciona un participante: *"Dentro del trabajo en adicciones, existen centros de rehabilitación que se caracterizan por no cumplir con el cuidado de los derechos humanos, lo que complica a otros tratamientos profesionales la oportunidad de atención inmediata, por su temor [de también ser maltratados por el personal profesional]."* Este tipo de prácticas aún se siguen llevando a cabo como parte de la atención, según menciona un participante, que *"aunque ha disminuido algo el internamiento forzoso, incluyendo en ocasiones el empleo de la fuerza física, es una práctica que no ha sido erradicada. Asimismo, el abuso verbal y físico, los gritos y amenazas son prácticas que prevalecen en muchos casos"*. Y aunque estas podrían ser razones suficientes por las cuales algunos pacientes preferirían no iniciar o continuar con su proceso de atención, un participante menciona que una barrera es la *"resistencia de los pacientes de continuar el postratamiento"*, es decir, el mantenimiento de la abstinencia y la prevención de recaídas.

Sin embargo, otro participante cree que esto no ocurre, mencionando: *"Creo que no hay barreras ya que todos los hospitales y centros de consulta respetan los derechos humanos de los usuarios"*. Lo que representaría que, de haberlos, los centros de atención seguirían estándares de

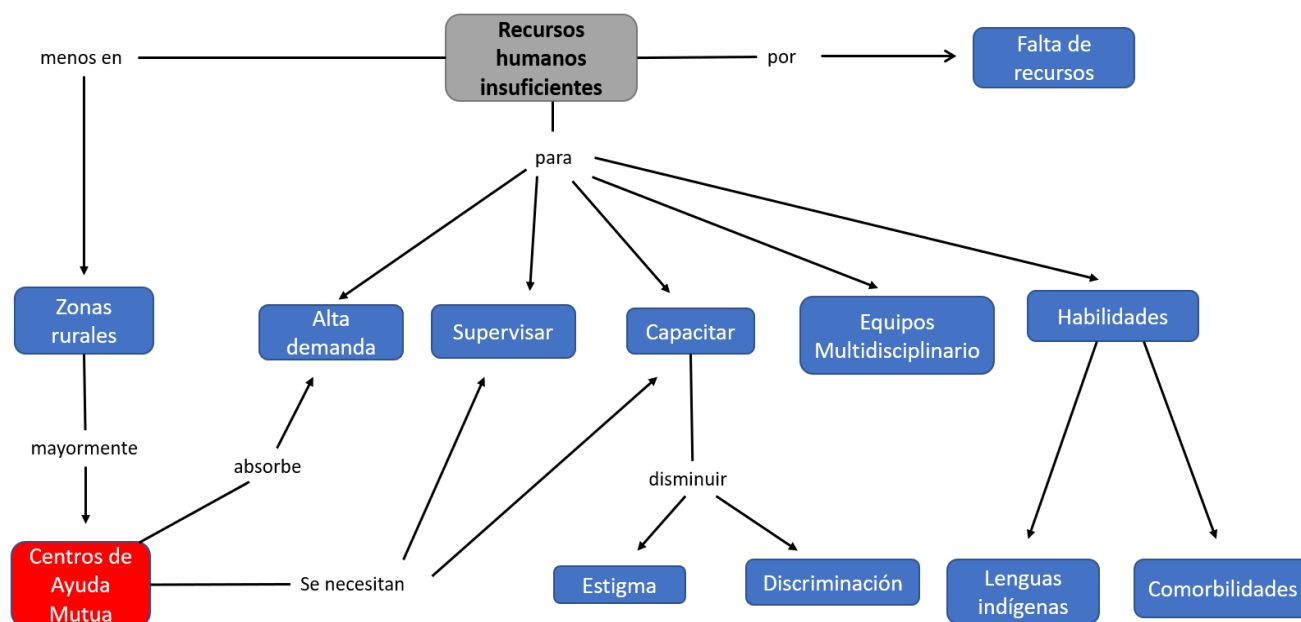
calidad de atención todo el tiempo, además de no ser necesaria una vigilancia que se encargara de hacer cumplir un tratamiento digno para los usuarios.

Recursos humanos insuficientes

La falta de recursos humanos en el ámbito de la salud y especialmente quienes atienden a personas con trastornos por consumo de sustancias fue el tema más mencionado entre las respuestas de los participantes. Las respuestas fueron variadas y tocaron los diversos impactos de la falta de recurso humano en la atención a usuarios consumidores.

Figura 2

Recursos humanos insuficientes como barrera de atención



El principal argumento para explicar las carencias en los servicios refiere que no existe personal de salud suficiente para atender la demanda de usuarios consumidores que solicitan atención, y mucho menos personal suficiente para formar equipos multidisciplinarios (Figura 2). Esto es, que no existen “*recursos humanos capacitados sensibles al tema del consumo de drogas,*

para evitar la criminalización y discriminación de los usuarios de drogas...”. Relacionado con que esta falta de capacitación también puede verse reflejada en que “muchas de las personas que atienden a los usuarios no tienen la formación adecuada para desarrollar, implementar o incluso adaptar modelos [de tratamiento] a [las] necesidades culturales, sociales o personales de cada usuario o de su entorno”.

Esa falta de personal capacitado en zonas urbanas contrasta con la falta de profesionales en zonas rurales, donde operan mayormente centros no regulados, tal como lo describe la respuesta de un participante: *“Una de las barreras potenciales es la falta de profesionales y especialistas en adicciones que puedan desplazarse a las zonas rurales, la gran mayoría de los centros de atención para las adicciones forman parte de las comunidades urbanas”.* La ubicación de la atención hace que el acceso al tratamiento sea más difícil para quienes se encuentran en zonas alejadas, y estas necesidades pueden darse por falta de recursos. Otro participante menciona que *“En México existe alta dispersión de algunas comunidades que dificulta el acceso o creación de servicios de tratamiento. Existen servicios de tratamiento esenciales que no cuentan con recurso humano, infraestructura y capacitación adecuada para el tratamiento del consumo de sustancias”.* Esto significaría, según la respuesta, que la dispersión de comunidades sería la causa por la que los usuarios no acuden a tratamiento y no por la ubicación de los centros de tratamiento ubicadas mayoritariamente en las urbes y distribuidas menormente en zonas rurales.

La falta de personal capacitado como barrera de atención también incluye la falta de personal que capacite y evalúe: *“Contar con expertos que tengan tiempo para evaluar y actualizar las guías [de tratamiento]”.* Dicha capacitación debería implementarse en todos los niveles de atención, tal como lo menciona un participante: *“En mi opinión se necesita que los profesionales de salud de todos los niveles de atención reciban capacitaciones constantes, que las referencias a*

tratamientos especializados sean más eficientes y, por último, se requiere personal calificado para supervisar los servicios donde se de tratamiento”.

Algunos participantes no solamente direccionan la falta de capacitación al conocimiento y sensibilización en torno al tratamiento por consumo de sustancias, sino también a la carencia de capacidades por parte del personal de salud para atender a las minorías, incluyendo la capacidad de brindar atención en lenguas indígenas: *“El personal encargado del trabajo de adicciones debería tener un aprendizaje mayor en variedad de idiomas para poder apoyar. Y no solo eso sino con discapacidades que requieren de lenguajes no verbales y requieren evaluación, diagnóstico y tratamiento en este problema. Y no se cuenta con ellos en todas las instancias”*, o pacientes con discapacidades o limitaciones que requieran una atención acorde: *“En general los servicios especializados y profesionales en adicciones son escasos, y lo son aún más (incluso inexistentes) los necesarios para poblaciones con necesidades especiales. Su alto costo es una de las barreras más importantes, pues otros problemas de salud son considerados como prioritarios”*. Esto, además de agregar mayores recursos para contratación de personal capacitado, también significaría que se mantiene la idea de un usuario estereotipado sin tomar en cuenta que, además, el uso de sustancias puede tener comorbilidades. Estas pueden estar relacionadas con el consumo o ser preexistentes.

Derivado de las deficiencias en la falta de personal capacitado en función de diferentes factores, muchos participantes compartieron que así como en el ámbito profesional no se cuenta con personal sensibilizado al tratamiento de las adicciones ni capacitado para tratar a los usuarios, sea aún más común que en centros no regulados esta barrera se replique, como lo ejemplifica uno de los participantes: *“Los establecimientos no certificados tienen personal sin estudios, entonces tendría que haber una política de seguimiento y control para el personal que trata con pacientes*

con trastornos adictivos”. Comentan que estas barreras de capacitación son reforzadas desde que no se cuenta con programas de capacitación estandarizados y que *“cada organismo se hace cargo de la capacitación de su personal. No existe capacitación convocada por gobierno para estandarizar protocolos”*, especialmente en centros de ayuda mutua, en las cuales *“se requiere capacitación en programa de comunidades terapéuticas de ayuda mutua para estandarizar el manejo y monitorizar”*. Además, no existe personal que se encargue de supervisar y capacitar a los centros de tratamiento profesionales y no profesionales, como lo menciona otro participante: *“La falta de profesionales para supervisar a los centros de tratamiento”*.

La gran mayoría de los participantes concuerdan que esta falta de profesionales capacitados es consecuencia de un recorte en el presupuesto (o de al menos poco presupuesto) al sector salud y de una falta de infraestructura y recursos en el tratamiento a las adicciones. Concuerdan en que no hay presupuesto para contratar al personal suficiente ni tampoco para destinarlo a capacitación constante, supervisión y creación de programas estandarizados dirigidos a personal profesional. A su vez, impacta en que tampoco se tenga presupuesto para contratar personal que capacite y supervise centros de ayuda mutua. Lo anterior resulta en una nula vigilancia a las actividades de este tipo de centros y que a su vez absorben la demanda de usuarios que requieran la atención que el servicio profesional no logra cubrir. El dinero que se destina a la atención de la salud mental debería cubrir la calidad del tratamiento, es decir, personal suficiente y capacitado que se encargue de hacer frente a la demanda, además de cubrir otros aspectos relacionados con la atención al tratamiento de usuarios de sustancias.

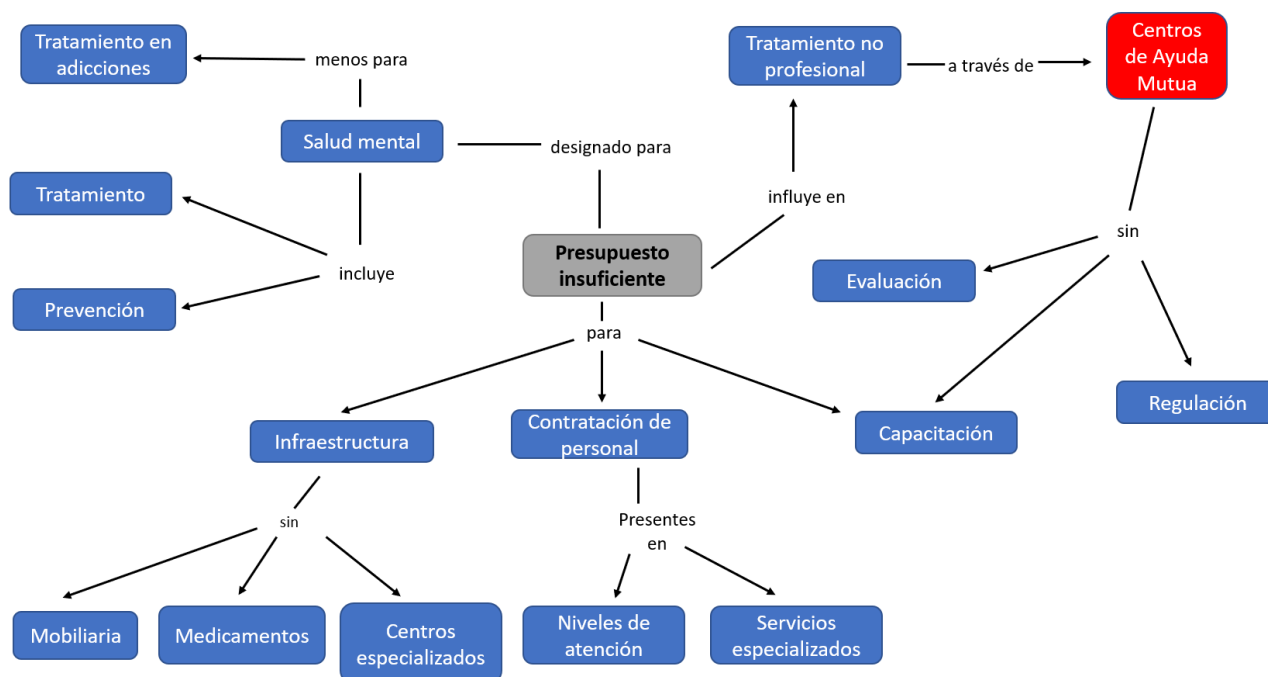
Falta de presupuesto

La falta de presupuesto fue mencionada por los participantes como una barrera que cruza, e alguna manera, al resto de las otras barreras, pues en gran medida es la base en la cual el sistema

de salud se sostiene y de la cual depende su funcionamiento, pues para la implementación del sistema de salud se necesita una inyección de dinero (Figura 3).

Figura 3

Falta de presupuesto como barrera de atención



La asignación de recursos económicos en el ámbito de la salud puede impactar en diversos factores funcionales, uno de ellos y de los más importantes es la contratación de personal. La mayoría de los participantes concuerdan en que no se destina recurso suficiente para contratar personal que cubra las necesidades de atención en los 3 niveles, como lo comenta otro participante: *“Sería necesario un presupuesto alto para tener especialistas en todos los niveles [de atención]”*. Algunos participantes están de acuerdo con que la falta de presupuesto impacta en la falta de capital humano en ambas direcciones, es decir, no se invierte presupuesto en contratar personal especializado y tampoco en personal médico en centros de atención en adicciones, además de contar con personal suficiente que atienda las 24 horas del día. Por ejemplo, un participante

menciona que la barrera en la falta de presupuesto impacta en la “...*Falta de capacitación de personal médico en adicciones para atención en primer nivel o falta de personal médico en centros de atención de adicciones, centralización en zonas urbanas, costo de los medicamentos, considerando la comorbilidad psiquiátrica o médica para aquellos pacientes que no tengan seguridad social o que ésta no proporcione esos medicamentos. [Hay] pocas camas tanto en hospitales psiquiátricos como generales para pacientes adictos. [Hay] poca capacitación a médicos a nivel hospitalario para manejo de pacientes adictos*”. Esto significaría que las camas y la infraestructura debería ser suficiente y acorde a la demanda de usuarios. De seguir con esa lógica, el quitar camas o incluso eliminar los hospitales psiquiátricos daría lugar a resolver el problema de que no se necesiten estas instancias porque ya no habría usuarios que necesitaran de ese servicio.

Otro factor funcional en el que los participantes respondieron que impacta la falta de presupuesto es en la infraestructura de salud, incluyendo: la escasez de centros de tratamiento especializados, la falta de insumos médicos y tecnológicos, la mobiliaria y los medicamentos. Un participante menciona que “*los recursos destinados al tratamiento de trastornos por uso de sustancias es escaso, en muchos casos etiquetado junto con el presupuesto designado a prevención, lo que hace que no se puedan implementar mejoras en capacitación de recursos humanos, utilización de tratamientos farmacológicos que son útiles pero caros, mucho presupuesto designado para tratar de controlar centros no formales de tratamiento*”; mientras que otro comenta que el presupuesto no logra cubrir el tratamiento farmacológico.

La falta de asignación de recursos tiene un impacto en cadena, según mencionan algunos participantes, en el cual el primer eslabón es la poca e insuficiente asignación de presupuesto para la salud mental, que a su vez impacta con menos asignación al tratamiento en adicciones, que

termina por repartirse en menor medida con todas las esferas de la atención para pacientes consumidores en los diferentes niveles de atención. Un participante resume esto en su respuesta: *“[Existe] insuficiencia en la asignación de los recursos destinados a la salud mental, lo que a su vez genera que los recursos al tratamiento de los trastornos de uso de sustancias sean aún menor y lo poco que se asigna se distribuye de manera inercial”*.

Combinado con la falta de contratación de personal, la falta de capacitación, la carencia de infraestructura y medicamentos, la falta de presupuesto también impacta en la falta de supervisión y regulación. Los factores anteriores inciden en el tratamiento no profesional a través de los centros de ayuda mutua. Muchos participantes mencionan que es de las barreras que más impactan en la capacitación del personal, debido a que existe una difícil regulación y evaluación de este tipo de centros si no se cuenta con el recurso económico suficiente para llevarlo a cabo. Las respuestas obtenidas muestran que los participantes perciben que sin recursos económicos no se puede contratar personal que se encargue de capacitar y mucho menos gestionar un organismo que se encargue de regular estos centros, como lo resume la respuesta de un participante: *“Falta de un organismo que regule todos los servicios de tratamiento para personas con trastornos de uso de sustancia, sean profesionales o de autoayuda”*, lo cual aseguraría una atención de calidad como lo menciona otro participante: *“que los mecanismos que existen de revisión, supervisión y consejo psicológico de los centros de atención en adicciones tengan injerencia en los centros particulares llamados "anexos" para garantizar una atención de calidad en cualquier nivel y a cualquier persona que esté buscando atención de una adicción”*.

Sin embargo, otros participantes creen que el hecho de que no se tengan los recursos suficientes no significa que no se pueda dar una atención de calidad, como lo ejemplifica la respuesta de uno de ellos: *“No existen barreras, el factor económico no es impedimento para*

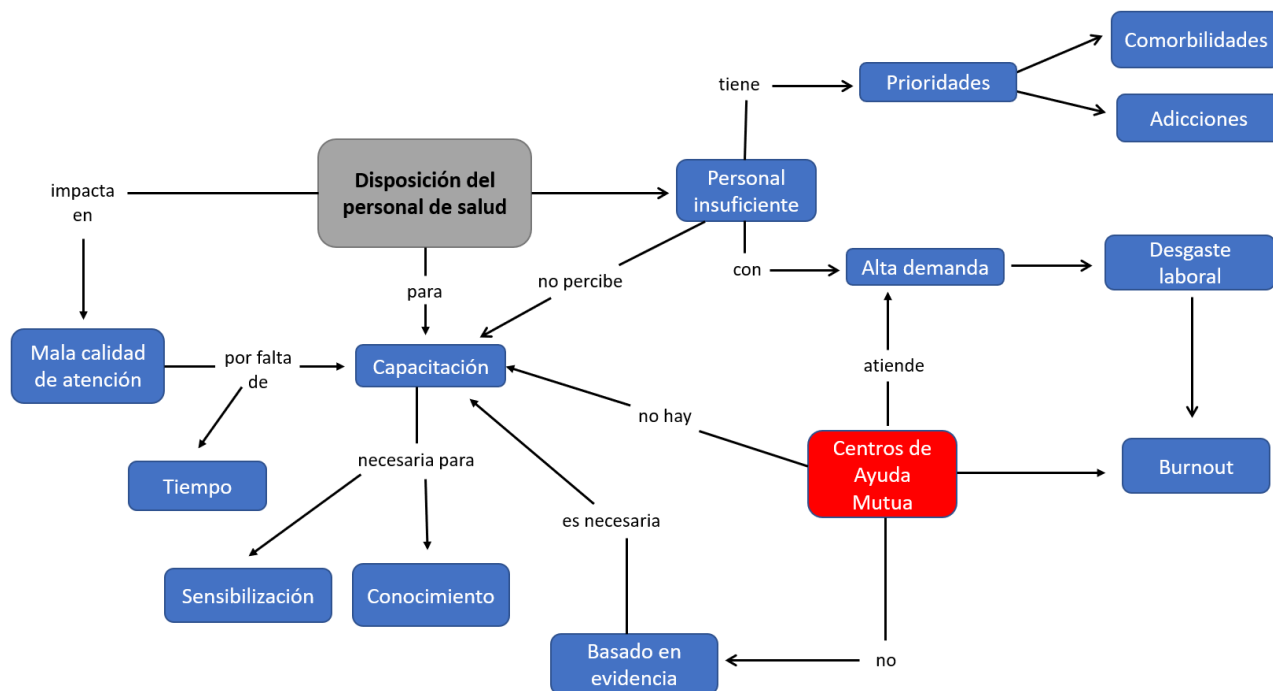
brindar la atención”. Este último comentario significaría que los prestadores de servicios deberían de dar una atención de calidad independientemente de los recursos que se asignen para la atención, sin embargo, esta no sería razón suficiente para mejorar la calidad del servicio, pues se necesitan recursos para que funcione.

Disposición del personal de salud por carga de trabajo

Si bien recursos económicos y humanos suficientes y bien capacitados son el ideal, la falta de estos impacta en la atención que reciben los usuarios y la disponibilidad de tratamiento a la que tienen acceso. La demanda de usuarios que solicitan el servicio tiende a saturar los servicios de salud, y en función del poco personal que atiende es común que éste no cuente con tiempo suficiente para desempeñar otras actividades como: recibir capacitación suficiente y continua en tema de adicciones. Así lo relatan muchos participantes (Figura 4), en su mayoría el descontento va dirigido a que la demanda de los tratamientos de salud mental ha ido en aumento y hay poco personal para atender la demanda de necesidades. Como lo menciona un de los participantes: “la demanda de este problema de salud [del consumo de sustancias] está aumentando y esto conlleva a que no se de abasto el personal para este tipo de servicios”, mientras que otro participante comenta que el personal de salud ni siquiera percibe que la capacitación represente un beneficio: *“La disponibilidad de los servicios de tratamiento depende del recurso humano y económico disponible para ese fin. Si bien se ha tomado la opción de capacitar en materia de adicciones a los proveedores de servicios de salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.), algunos de ellos refieren que lo ven como un aumento en su carga laboral y no ven beneficio para ellos”*.

Figura 4

Disposición del personal de salud para ser capacitados



Las respuestas de los participantes parecen ir en dos direcciones. La primera es que la alta demanda de servicios no permite a los profesionales llevar a cabo otras actividades como capacitarse, específicamente capacitarse en temas de adicciones. Esto da como resultado falta de conocimiento y sensibilización, que se refleja en la mala calidad de atención que reciben los usuarios, como lo resume una respuesta: *“El personal regularmente trabaja contra reloj y está saturado de pacientes o actividades”*. Mientras que por el otro lado está en que al personal de salud no le interesa capacitarse y prefiera priorizar otro tipo de problemas dentro del ámbito de la salud, como lo resume otro comentario: *“...puede ser que los médicos de primer nivel tienen*

prioridades en otros problemas de salud muy prevalentes. Existe cierto estigma hacia los trastornos por uso de sustancias, y en general poca o nula capacitación sobre el tema”.

La carga de trabajo, junto a otros posibles factores como un mal salario o recursos materiales insuficientes, impactan en la salud de los trabajadores que atienden pacientes consumidores de sustancias. Generalmente conllevan a un desgaste laboral y a condiciones de *burnout* como mencionan algunos participantes: *“Un aspecto delicado en el desgaste profesional es la relación que existe con los usuarios los cuales tienen historias de vida que van del abuso a la violencia, lo que lleva a los profesiones al burnout con mucha frecuencia”* y *“el equipo de profesionales generalmente están desgastados y no tienen supervisión y grupos de contención para trabajar el burnout”*. Estos aspectos posiblemente también impacten en el personal que atiende en centros no profesionales, que, a diferencia de los profesionales, podrían no estar familiarizados o conscientes de que esos síntomas son expresión de un síndrome relacionado al estrés laboral.

Estas condiciones refuerzan la idea de que no hay personal capacitado encargado de supervisar la calidad de la atención, donde el estado mental del personal de salud también influye en la calidad de atención a los usuarios. Sin embargo, no necesariamente influye en la cantidad de pacientes atendidos, como lo menciona uno de los participantes: *“La supervisión requiere personal altamente capacitado con el que no cuentan las instituciones, además de que implica tiempo, lo que ‘afecta’ la productividad del personal en términos de número de servicios dados. Parece que fuera incompatible la supervisión en pro de la calidad de la atención con la productividad del personal”*.

Sin la disposición y disponibilidad del personal de dar y recibir capacitación, la alta demanda de usuarios que buscan tratamiento debe de ser atendida. Esta falta de atención y

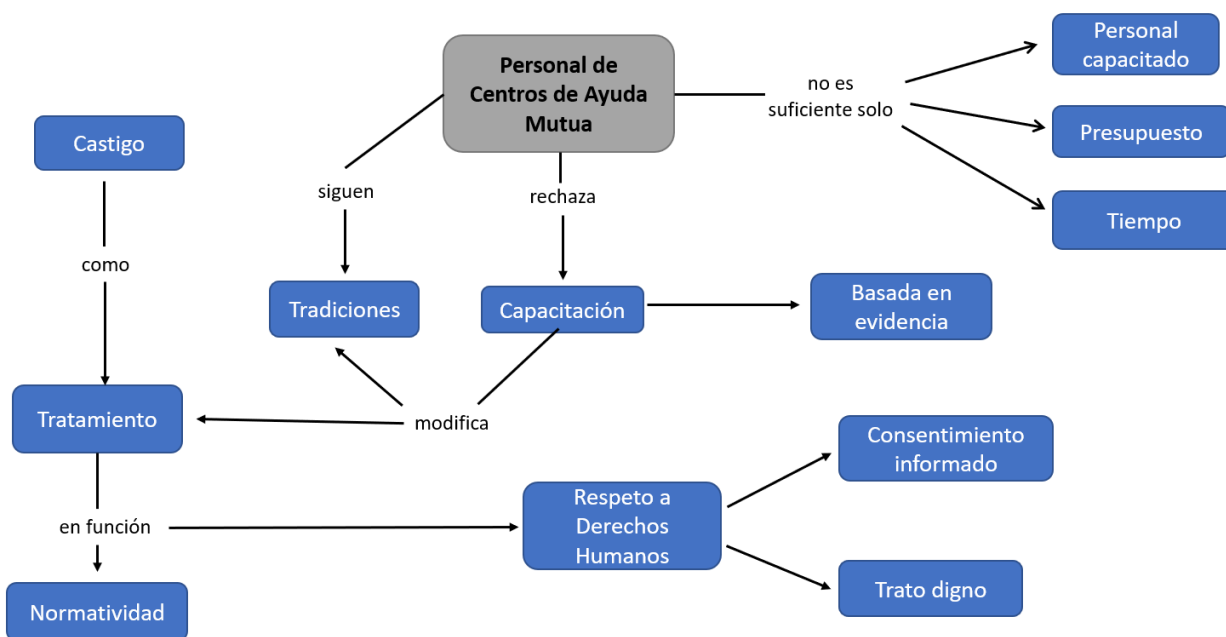
sobredemanda de los servicios de salud profesional desemboca en centros de tratamiento no profesionales, donde se replican las mismas deficiencias, pero sin un enfoque de atención basado en evidencia. Indirectamente esto podría representar una barrera de capacitación en centros de ayuda mutua, debido a que no se podrían cumplir con las demandas de atención que necesita la población no atendida en el sistema de salud debido a la carencia de equipos multidisciplinares capacitados y el personal suficiente y con tiempo para capacitar centros no profesionales.

Rechazo del personal de centros de ayuda mutua al tratamiento profesional

Aunque se contara con personal capacitado, suficiente presupuesto designado a salud mental y disposición de tiempo de personal profesional para ser capacitado y capacitar, éstos no serían factores suficientes si el personal objetivo al que se pretende capacitar no está dispuesto a serlo (Figura 5).

Figura 5

Disposición del personal de centros de ayuda mutua para ser capacitados



Gran parte de los participantes están de acuerdo con que el personal no profesional usualmente tiene una renuencia para implementar medidas y tratamientos basados en evidencia utilizados por profesionales. Los participantes consideran que los centros de ayuda mutua no están interesados en implementar medidas diferentes a las que vienen usando durante muchos años. Prácticas como la falta de un consentimiento informado, incluyendo el poder abandonar el tratamiento cuando así lo deseen es una práctica utilizada aún, como lo ejemplifica un participante: *“Resistencia de Padrinos y consejeros en adicciones a implementar obligatoriamente en sus centros dicho consentimiento”*. A su vez, puede estar supeditado a la cultura del castigo como tratamiento como lo ilustra otro participante: *“Resistencia del personal por creencias arraigadas del tipo de castigos en el tratamiento”*.

Algunos participantes creen que los centros de ayuda mutua no son flexibles y se niegan a modificar las tradiciones que siguen, en función del tratamiento que ofertan. Sin embargo, algunos de estos centros tienden a obtener beneficios y lucrar con los usuarios que buscan ayuda, como lo comenta un participante: *“Existe un apego a esquemas ‘tradicionales’ [de atención] sin capacitarse y solo con objetivos lucrativos”*. La regulación a estos centros significaría la regulación de un trato digno y de calidad para los usuarios, mencionan algunos participantes, puesto que todos los tratamientos deberían llevarse a cabo en función de la normatividad y no seguir tratamientos no basados en evidencia. Como ejemplo, otro participante comparte que *“algunas organizaciones no gubernamentales y religiosas promueven tratamientos contrarios a las evidencias científicas, por lo que se debe acotar su participación y siempre debe estar supeditada a las leyes y al conocimiento médico”*.

Sin embargo, otros participantes creen que la calidad del servicio puede mejorar al capacitar al personal no profesional (incluidos pares) sin modificar idiosincrasias o creencias propias de estos grupos. Aunque consideran que esto es complicado debido a que para implementar esta capacitación se deben erradicar estigmas e ideas que han sido heredadas. Un participante menciona que *“adecuar o modificar la cultura de una zona o comunidad en particular resulta una tarea difícil, porque hay que romper con distintos estigmas y la generación de consciencia del problema resulta muy difícil”*. Incluso otro participante cree que esto no siempre es posible y que existen prácticas culturales que pueden ser nocivas en el tratamiento para las adicciones: *“No siempre las normas culturales son las más apropiadas, por lo que deben de tomarse en cuenta, pero no dejar de manejar tratamientos que puedan ser contrarios a ciertos planteamientos culturales (por ejemplo, tratamientos de metadona no aceptados por una parte de la comunidad). Los usuarios deben estar involucrados, pero al mismo tiempo debe ser capacitados e informados”*.

Pocos participantes consideran que llevar a cabo esta tarea es factible, y que la clave para que esto se pueda lograr es que se resuelvan las diferencias entre los grupos de ayuda mutua y el tratamiento profesional. Especialmente las diferencias que existen con el tratamiento farmacológico supervisado por profesionales. Por ejemplo, uno de ellos menciona que *“es factible, solo se requiere que el programa sea viable, que los responsables los acepten y que los grupos de autoayuda zanjén sus diferencias sobre el tratamiento farmacológico. Cuando en unidades particulares en las que se involucran, sugieren se les prescriban ‘sedantes’ para que estén ‘más tranquilos’ y no causen problemas durante sus cinco semanas de estancia”*. Sin embargo, otros participantes creen que no puede haber consenso debido a que estos centros siguen una tradición esquematizada que no se puede romper o modificar, y que, en sí misma, es contradictoria a los tratamientos profesionales en muchos aspectos.

atención y que esta falta de coordinación culmine en diversas consecuencias (Figura 6). Por ejemplo la falta de adecuación de programas especializados en función del nivel de atención, especialmente los de primer nivel, los cuales son encargados de la prevención primaria y secundaria; la falta de un proceso de seguimiento para los pacientes, es decir, que exista una continuidad en la atención; diferenciación en los protocolos de detección, diagnóstico y tratamiento, y que se utilicen de manera indiscriminada en la atención a usuarios de drogas; mejorar la comunicación entre los profesionales de primer nivel y los profesionales del servicio especializado; así como la falta de un directorio universal para una adecuada y precisa canalización por parte de los profesionales de los tres niveles de atención.

Algunos de estos participantes abogan por incorporar y promover un programa de seguimiento para los pacientes. Mencionan que parte importante de éste es brindarle una continuidad al tratamiento del paciente como una forma en la prevención de recaídas en el consumo de sustancias. Uno de los participantes comparte que debe verse a éste como un proceso y no como un acto puntual y finito: *“Una barrera puede ser la concepción del tratamiento como un acto y no como un proceso. Esto significa que la intervención es una orientación para toda la vida. Es como la sana alimentación, es un proceso que día tras día requiere de atención y reformulación constantes, de acuerdo con como el organismo va respondiendo. De la misma manera la mente humana al ser dinámica va teniendo diferentes requerimientos de nutrición emocional a fin de encontrar a cada momento antídotos al uso de sustancias”*. Para ello es necesario canalizar a los usuarios a los diferentes niveles de atención según su condición. De este modo el seguimiento también se traduce no solamente en trabajo del especialista, sino de un equipo multidisciplinario, como otro participante propone: *“Si es posible [dar seguimiento a usuarios],*

pero hay lugares que no cuentan con equipos interdisciplinarios ni programas de trabajo que les permita dar seguimiento a los usuarios en tratamientos a corto plazo”.

La gran mayoría de estos procedimientos deben estar plasmados en estrictas y bien documentadas políticas públicas, mencionan otros participantes, pues son las que deben normar las instancias que prestan los servicios.

Un problema importante es que las políticas cambian constantemente en función de los cambios de gobierno, como lo menciona un participante: *“En mi país [México] lo que dificulta la implementación, evaluación y seguimiento de los programas descritos, es que los gobiernos cambian cada 3 o 6 años, y las políticas públicas y programas no continúan. Así es muy difícil avanzar”.*

Aunado a los cambios en las políticas públicas, que además son modificadas en cada sexenio, un participante cree hace falta un buen análisis de las necesidades y aspectos culturales de cada región del país, puesto que los cambios en políticas públicas no suelen tomar en cuenta esas particularidades. Otros participantes también mencionan que: las guías de tratamiento, los procedimientos y las normas deben actualizarse a la rapidez de lo que se observa e identifica en los pacientes, para ello la práctica no debe deslindarse de la investigación. Además, proponen que se generen informes mensuales o anuales, obligatorios para los centros de tratamiento, aunque estos registros se hacen a través del SISVEA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones de México), el problema es que se desconoce esta práctica; que se mantenga continuidad en la actualización de políticas públicas sin que el cambio de gobierno represente modificaciones que discontinúen o alteren los beneficios de las mismas; que exista un monitoreo por parte de instancias gubernamentales donde se responsabilice a instancias como los grupos de ayuda mutua hacia las consecuencias y malas prácticas que represente un peligro para los usuarios;

así como programas centralizados y estandarizados que no se mezclen con actividades de prevención y la apertura de nuevos programas que no sean necesariamente encaminadas a la abstinencia, como el modelo de reducción de daños.

Muchos participantes compartieron que el tratamiento dirigido a la eliminación del consumo puede resultar poco viable e incluso utópico. Mencionan que otros modelos de tratamiento también deberían incluirse dentro de las consideraciones a los cambios en políticas públicas sobre consumo de drogas como el modelo de reducción de daños. Este modelo está relacionado con la disminución de factores de riesgo como transmisión de enfermedades y reducción de gastos médicos por infecciones (Strathdee et al., 2010). Por ejemplo, un participante comparte que *“Debe de especificarse también que los servicios incluyen reducción de daño. Un porcentaje amplio de usuarios de droga no se sienten capaces de tener cero consumo y por eso no llegan a tratamiento. Dentro del área psicosocial deben especificarse tratamientos re educativos de cambio de hábitos para enfatizar que no solamente es un problema de enfermedad, también es reeducar y reaprender nuevos hábitos más saludables”*.

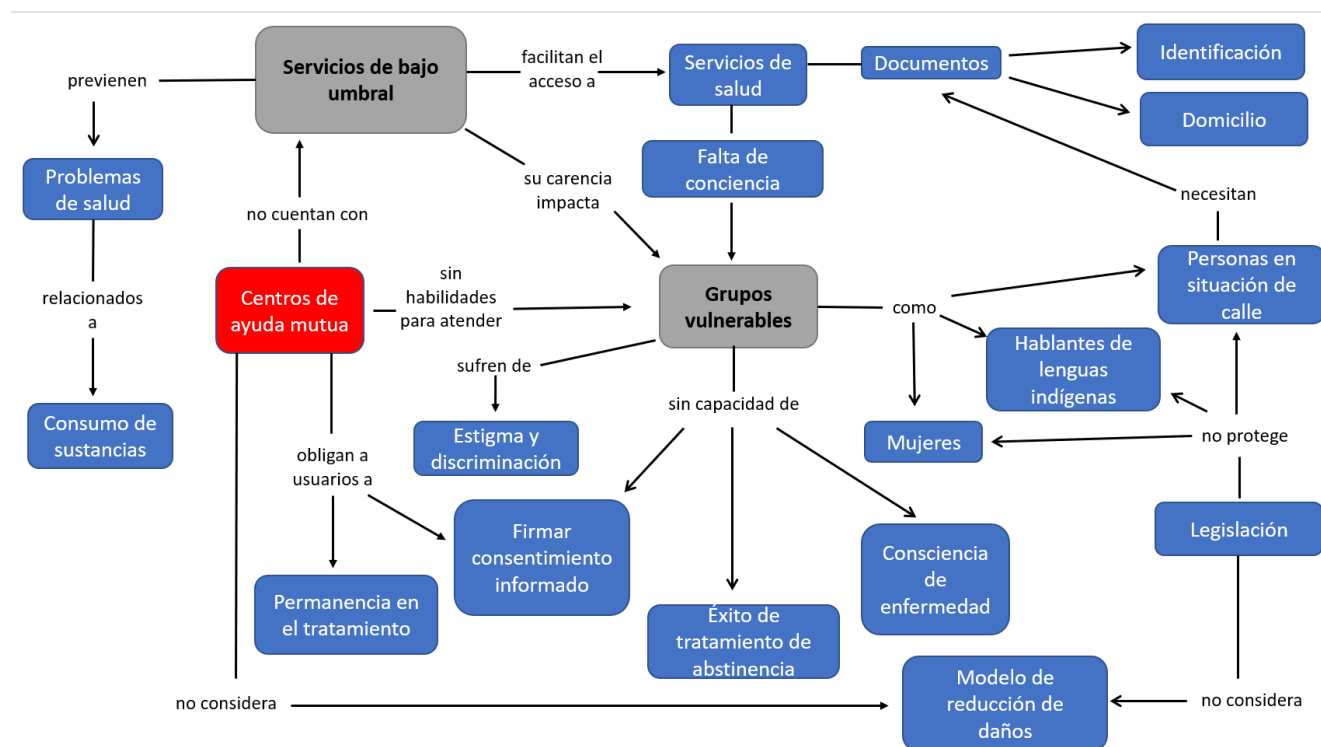
Puntualmente, otros participantes opinan que: deben existir tratamientos especializados para usuarios con diferentes usos de sustancias, especialmente en los que usan opioides y anfetaminas o ambas, debido al alza en el consumo de éstas (United Nations Office on Drugs and Crime (ONUDD), 2021) y las necesidades diferentes que requieren en comparación con el consumo de otras drogas; el tener más apertura al tratamiento farmacológico en políticas públicas; que exista mayor comunicación entre quienes diseñan los tratamientos y quienes los aplican; las consecuencias de no contar con un expediente universal para los pacientes y que esto derive en que no se tenga un historial integral del mismo y no se pueda realizar un seguimiento oportuno y adecuado; la falta de recursos informáticos en centros de tratamiento para tener un mejor control

del registro de pacientes; además, que existe una coordinación insuficiente entre los niveles de atención, siendo la de primer nivel mayoritariamente atendida por personal profesional, mientras que la atención que debería ser atendida por el tercer nivel es delegada a agrupaciones de ayuda mutua. Y son justamente estos los centros que carecen de todos los procedimientos mencionados anteriormente.

La falta o mala implementación de procesos administrativos y el cambio en políticas públicas que tienen un impacto negativo en la atención profesional, representa también una barrera para los centros de ayuda mutua. Sin procedimientos para tener un registro y manejo adecuado de la información de pacientes, mala coordinación en procesos de canalización, referencia y contra referencia, falta de supervisión de centros de tratamiento y poca implementación de diferentes modelos de tratamiento en función de las necesidades de cada usuario, pueden representar barreras de capacitación para personal de centros de ayuda mutua si estos tampoco se implementan en el tratamiento profesional.

Carencia de servicios públicos de bajo umbral y barreras para grupos vulnerables

Los servicios de bajo umbral son condiciones que facilitan el acceso a los servicios de salud a usuarios consumidores de sustancias, con la finalidad de prevenir enfermedades relacionadas con el consumo. La carencia de estos son consecuencias de la deficiencia en el sistema de salud: horarios poco flexibles, burocracia, documentación de personas en situación de calle, accesibilidad y centralización de servicios, costos del tratamiento y estigma. Sin embargo, la forma en la que se ve al consumo de sustancias también impacta en la efectividad de los servicios de bajo umbral, pues la criminalización del consumo o la responsabilización de los usuarios consumidores también tienen un impacto importante en la atención que se les brinda (Figura 7).

Figura 7*Carencia de servicios de bajo umbral y grupos vulnerables*

Los procesos administrativos son utilizados dentro de la atención a la salud, en los cuales son necesarios documentos que acrediten a los usuarios como ciudadanos, lo que significa que por lo menos, estos deben tener una identidad y una residencia.

Es común que las personas en situación de calle no cuenten con documentos para poder acceder a servicios de salud, sumado a que no existe una legislación que proteja a esta población, como lo resume la respuesta de otro participante: *“La barrera es que al paciente que vive en la calle no le podemos tomar un expediente escrito de su historia médica ni psicológica. Esto es así pues la población de calle a) no tiene conciencia de enfermedad en el sentido que la población general la tiene, b) no tiene registros de su historial de salud, sus pertenencias son lo que tienen*

puesto: ropa y zapatos, pero no documentos, c) gracias a un largo y complejo proceso de desarrollar un vínculo de confianza, permiten que nos acerquemos y nos platican historias de su vida, sus anhelos, esperanzas, frustraciones etc. Pero hay un pacto consistente en que la información que nos aporten será únicamente para nosotros, para comprender cómo es la vida de calle. Escribir sus historias delante de ellos nos cerraría las puertas. Siempre hay el miedo de ser denunciado a la policía o a otras personas, por lo que su vida estaría en peligro. Otra barrera es que no existe legislación que proteja las necesidades específicas de esta población: salud emocional y física, derecho a la educación, a un trabajo digno, etc.”. Sin embargo, esto impulsa la idea de que se responsabilice al usuario al no tener “conciencia” de su enfermedad y que las condiciones por las que atraviesa esta población parecieran no encajar con el tratamiento direccionado a la abstinencia y no a la de un consumo seguro. Sin embargo, no se consideran los servicios de bajo umbral que podrían ajustarse más a esta población, atendiendo a las necesidades de los usuarios dentro de un modelo de reducción de daños, aunado a la no criminalización del consumo y ofrecer mejores condiciones de tratamiento.

La mayoría de los participantes consideran que la población en situación de calle es de las más afectadas debido al miedo y estigma que es depositado en esta población, especialmente en el tema de consumo de sustancias. Como consecuencia de ello, parece que los problemas que sufren no se vean como prioritarios. Aunado a que este grupo no cuente con recursos suficientes para, por ejemplo, trasladarse a los centros de tratamiento o, como lo menciona otro participante, sepan que lo que los aqueja se trate de una enfermedad: *“Importante proporción de la población de calle viene de áreas de provincia rural, y la tendencia es al aumento. Normalmente es población que no tiene educación en salud mental y como consecuencia no tienen conciencia de enfermedad a pesar de su sufrimiento físico y emocional. La consecuencia es que no ven la pertinencia de ser*

atendidos por los servicios de tratamiento. Nuestra intervención los lleva a ‘mirar para adentro’ de sí mismos, y aprender a ver con el lente pertinente la riqueza de los estados mentales incluyendo su asociación con adicciones”.

Lo anterior representa una falta de conciencia de los proveedores de salud con respecto a la flexibilidad de horarios de atención, en el cual el servicio debería adaptarse a las necesidades de los usuarios y no los usuarios adaptarse a los servicios. Además, la falta de conciencia de enfermedad implica responsabilizar al usuario por no atender a su enfermedad por no conocerla, los servicios de salud, tanto a nivel preventivo como de tratamiento, deben atender estas fisuras en la atención. De lo anterior, va de la mano que los usuarios durante, por ejemplo, cuadros psicóticos, no sean capaces de firmar consentimientos, y que esto represente un problema en el proceso de voluntariedad para recibir el tratamiento. Este proceso está normado para hospitales, pero no para centros de ayuda mutua.

Sin embargo, otros participantes consideran que no se debe responsabilizar al usuario en su totalidad para recibir tratamiento, incluso uno de ellos cree que “Suena utópico que los usuarios de sustancias busquen la rehabilitación siempre de manera voluntaria”. Otro de los participantes menciona que el firmar el consentimiento no es de carácter obligatorio, pues éste justamente se encarga de informar al usuario sobre la atención y este decide si acepta o no lo que este incluya: *“Los centros que no están certificados no cuentan con formatos de consentimiento informado y muchos de los que sí lo requieren (porque cuentan con fondos públicos) tienden a obligar a los usuarios a firmarlos. Se requiere de una supervisión de los centros para monitorear el tipo de relación que se tiene con las personas que admiten”.*

Además, estas barreras que sufre la población en situación de calle, los participantes comparten otras limitantes que enfrentan los usuarios y para los que los centros de atención profesional, y menos los centros de ayuda mutua, están capacitados ni preparados para enfrentar.

Algunos participantes mencionan que no hay personal capaz de interactuar con personas que hablen lenguas indígenas, además el personal encargado de traducir también tendría que estar dando atención las 24 horas, el no contar con intérpretes de lenguas indígenas podría ser la razón por la cual se les puede negar la atención a los usuarios. Así lo comenta un participante: “En la mayoría de las instituciones se carece de intérpretes y se les niega el servicio”. Los servicios de bajo umbral pretenden facilitar el acceso a los servicios de salud con un énfasis en la prevención y reducción de enfermedades asociados con el consumo; la falta de intérpretes que sirvan como puente en la comunicación para acceder a servicios de salud merma la intención de los servicios de bajo umbral, pues si no se cuenta con traductores entonces la atención no se brinda.

Otros participantes creyeron que aquellos servicios a los que usualmente se les da difusión y son promovidos son justamente los servicios a los cuales usualmente los usuarios no asisten, por ello, uno de ellos menciona que *“Además de intérpretes [deben] conocer bien [a] las comunidades para el abordaje en tratamiento”*. La mayoría de los participantes concuerdan que, en función de una falta de planeación y supervisión, los tratamientos no se enfocan en las diferencias entre las poblaciones. Por ejemplo, el tratamiento para mujeres consumidoras no se toma en cuenta, como lo comenta un participante: *“...las mujeres tienen problemas distintos que los de los hombres y muchas veces esta situación se complica por el embarazo, y muchas veces atienden solo el embarazo y se deja de lado la parte del consumo”*. De este modo otro participante cree que es la razón por la cual los usuarios no se apegan al tratamiento: *“Uno de los principales problemas que hay es que los tratamientos no son específicos para cada población y eso hace que algunos no se*

apeguen al tratamiento y es necesario conocer las diversidades”. Además, que en los centros no profesionales la atención enfocada en las diferentes poblaciones es todavía más ignorada: *“En comunidades terapéuticas en su mayoría son los padrinos quienes proveen algún tipo de ayuda terapéutica, limitando la capacitación profesional”*.

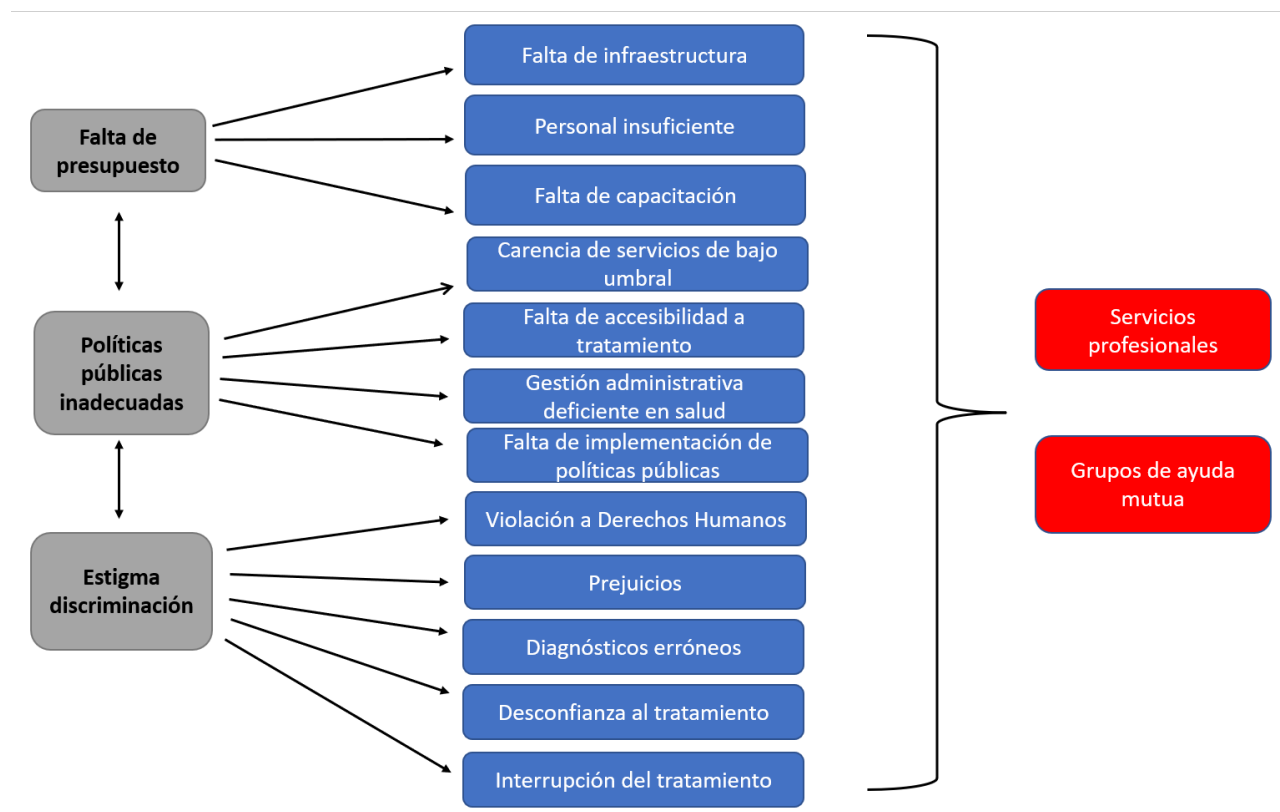
Todas estas aristas representan barreras de atención para consumidores pertenecientes a grupos minoritarios, marginados y estigmatizados; estas deficiencias podrían impactar en que los usuarios acudan a grupos de ayuda mutua porque hay menos barreras en la atención. Aunado a una alta demanda del servicio, como lo comparte un participante: *“La principal barrera es que hay una gran oferta que supera a la de intervenciones basadas en evidencia, de atención al problema por personas e instancias no profesionales, que suelen ser la primera opción para los usuarios”*. La consecuencia es que los grupos de ayuda mutua tampoco cuentan con las herramientas, habilidades e infraestructura necesaria que se necesita para atender a esta población, además que tampoco contemplan un modelo basado en reducción de daños, lo que obliga, en ambos escenarios profesionales y no profesionales, a que la única vía de tratamiento sea el de la abstinencia.

Discusión

La principal aportación de este trabajo es que permite vincular las deficiencias estructurales del sistema de salud en el ámbito profesional con la atención brindada en los Grupos de Ayuda Mutua desde la perspectiva del personal que atiende personas con trastornos por consumo de sustancias en México. Las barreras de capacitación que estos perciben son mayormente barreras que ya enfrenta el personal profesional y que al no ser atendidas impactan en los centros no profesionales (Figura 8).

Figura 8

Vinculación de deficiencias que impactan a los servicios profesionales y grupos de ayuda mutua.



Los Grupos de Ayuda Mutua representan alternativas con menos burocracia y con una relación horizontal en los miembros, en comparación con las relaciones verticales que genera la atención profesional (Rosovsky, 2009). Sin embargo, paralelo a los comentarios de los participantes, no garantizan un servicio de calidad, en los cuales es común el maltrato físico y emocional (Pulido Rull et al., 2009). Además, que la falta de capacitación de su personal no permite generar un diagnóstico, lo que da como resultado que no se atiendan comorbilidades que están relacionadas con el consumo de sustancias (Marín-Navarrete, Benjet, et al., 2013).

Se entiende a la capacitación como “el proceso de enseñanza-aprendizaje que propicia el desarrollo de aptitudes para transformar positivamente la conducta del personal respecto a su trabajo” (Pinedo, 1990). Esta definición podría encajar en las actividades de los Grupos de Ayuda Mutua que señalan los participantes, pues la relación y actividades entre sus miembros podría generar una transformación positiva (como mantener la abstinencia) en su conducta con respecto a la atención que brindan al resto de los miembros. Sin embargo, los Grupos de Ayuda Mutua al no estar integrados por profesionales y por ende no contar con un tratamiento formal, el impacto que podrían generar a los usuarios se pone en duda, pues carecen de evidencia y validez científica (J. Kelly & Yeterian, 2008b).

Los resultados encontrados en esta tesis siguen la línea de las limitaciones que presenta una publicación de la Asociación Mexicana Psiquiátrica (2020) sobre los retos en la capacitación laboral en salud mental. Las barreras o limitaciones que se presentan en la capacitación a nivel laboral en salud mental son que no suelen ser accesibles o frecuentes, además que no hay capacitadores suficientes ni bien formados y tampoco existe el apoyo a los trabajadores que se encuentren interesados en capacitarse; esto puede verse más afectado si existe una sobredemanda de usuarios que deben ser atendidos (Molina López et al., 2020). Estas deficiencias en la capacitación pueden afectar directa e indirectamente a centros no profesionales, pues la mayoría de estos centros al no ser regulados no cuentan con vigilancia que verifique que se cumplen las normas y el respeto a los derechos humanos.

Los usuarios que acuden a tratamiento por consumo de sustancias siguen sufriendo criminalización y continúan siendo estigmatizados tanto por instancias profesionales como por no profesionales, lo que representa a su vez una barrera importante en el acceso a servicios de salud y tratamiento para consumo de sustancias (Magdalena Kulesza et al., 2013). Especialmente para

grupos vulnerables y mujeres, quienes a diferencia de los hombres, experimentan niveles de estigmatización más altos (Meyers et al., 2021), pues el consumo de sustancias en mujeres aumenta el riesgo de violencia contra ellas (Romero-Mendoza, 2011). Se sabe que en centros de ayuda mutua las necesidades y experiencias femeninas no son consideradas para el tratamiento que ahí se brinda (Lozano-Verduzco et al., 2016). Aunado a que, por otro lado, los profesionales de la salud también atribuyen estereotipos negativos a las personas que usan sustancias. Estas actitudes negativas del personal que brinda servicios de salud, aunado a una falta de capacitación, desemboca en una barrera para acceder a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación por consumo de sustancias (Oltávaro et al., 2019), sumado a otros factores como la falta de personal, de presupuesto y la desvinculación del tratamiento profesional con el no profesional.

La falta de personal, como la barrera de capacitación más mencionada, puede ser una barrera confusa si se miran las estadísticas de las personas que recibieron atención profesional y frente a los grupos de ayuda mutua, teniendo en cuenta que el problema de consumo de drogas rebasa en muchas ocasiones los recursos que el Estado asigna para este problema (Medina-Mora et al., 2013).

La ENCODAT menciona que en 2017 que 54.2% de los hombres que presentaron trastornos por consumo de sustancias acudieron a tratamiento residencial (de los cuales el tratamiento llevado a cabo en un anexo fue de 53% en hombres y 22.9% en mujeres); frente al 24.5% de personas con trastorno por consumo de sustancias que completaron un tratamiento con un profesional de salud (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Comisión Nacional Contra las Adicciones; Secretaría de Salud, 2017). Por otro lado, a través del foro “Retos de la psicología en el campo de la salud mental, desafíos del Siglo XXI” llevado a cabo en la Cámara de Diputados en el 2017, la directora del Instituto

Nacional de Psiquiatría, María Elena Medina-Mora, mencionó que México “tiene muchos psicólogo en las instituciones de salud, sin embargo, no trabajan con quienes tienen trastornos mentales”, mientras que la directora de general de la Técnica Normativa del CONACIC, María José Martínez Ruíz, menciona que en México existen 12 profesionales de la salud mental por cada 100,000 habitantes, de los cuales no todos son especialistas en adicciones (Legislatura LXV, 2017). Esto concuerda con el Informe sobre el Sistema de Salud en México del 2011, que menciona que existen 10 profesionales calificados por cada 100,000 habitantes, distribuidos en: 1.6 psiquiatras, 1 médico general, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas, 2 profesionales/técnicos de la salud (Secretaría de Salud et al., 2011). Lo que podría significar que la proliferación de los grupos de ayuda mutua responda a la falta de profesionales de la salud para cubrir las necesidades de la población mexicana, combinado con su popularidad para atender el consumo de sustancias, pues estos grupos surgieron como respuesta para suplir las carencias del estado en cuanto a recursos públicos para tratamiento del consumo de alcohol (McCrary & Miller, 1993).

Las respuestas de los participantes de una falta de presupuesto general para cubrir las necesidades de atención concuerdan con los datos de la Secretaría de Salud, la cual destinó el 2% del presupuesto total asignado para salud mental en México en 2017, del cual el 80% se destinó a la operación de hospitales psiquiátricos y muy poco para la detección, prevención y tratamiento de trastornos mentales (Rentería Rodríguez, 2018). Las repetidas respuestas sobre una considerable falta de presupuesto para cubrir las necesidades de tratamiento en tema de consumo de sustancias cobra sentido, pues la OMS recomienda que se invierta entre el 5% y 10% del gasto en salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2013), sumado a que, debido a que el consumo de sustancias se relacionan con otros problemas de salud como enfermedades crónicas e infecciosas,

los costos de la atención a la salud pueden elevarse (Single et al., 2000) y de este modo, puede que el presupuesto asignado para la salud no logre cubrir todas las demandas de servicios de salud.

Futuras investigaciones pueden indagar si estas demandas se cumplen de acuerdo al *Programa de Acción Específico (PAE) 2020-2024* de la Secretaría de Salud del Gobierno federal, que enmarca 3 objetivos específicos para el plan en salud mental y adicciones en México (Secretaría de Salud, 2022):

1. Consolidar la rectoría en salud mental y adicciones en el modelo de atención primaria de salud integral (APS-1) con un enfoque comunitario, intercultural, derechos humanos, perspectiva de género y sensible a la línea de vida.
2. Ampliar los servicios de salud mental y adicciones en el Sistema Nacional de Salud.
3. Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios de salud integrales de atención en salud mental y adicciones.

Alcanzar estos objetivos haría también frente a las demandas que mencionan los participantes de esta tesis con respecto a la desarticulación entre organismos que brindan servicios de atención, generar políticas públicas que garanticen el acceso para todas las personas que soliciten el servicio en función del tipo de tratamiento que requieran y brindar otros modelos de tratamiento además del de la abstinencia. Las políticas públicas en México deberían adoptar el enfoque de salud pública, pues integraría indicadores sociales que permitirían evaluar el impacto de esas políticas en la cual el fin último sería el bienestar de quienes solicitan los servicios (Medina-Mora et al., 2013). Además de generar más investigación epidemiológica, priorizar la prevención, invertir en tratamiento de calidad e integrarlo al Sistema de Salud mexicano y colaborar con diferentes dependencias que permitan acciones coordinadas efectivas para que se

logren insertar en programas globales de gobierno que busquen el desarrollo (Medina-Mora et al., 2013).

Los resultados de esta investigación también involucran un sentimiento de carencia en servicios de bajo umbral por parte de los participantes, como la adopción del modelo de reducción de daños. Pues esta se contempla en la NOM-028, pues menciona que las acciones del modelo van dirigidas a evitar o reducir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de sustancias, sin pretender obtener la abstinencia del consumo (Secretaría de Salud, 2009). Pues en concordancia con las respuestas de los participantes, sigue las premisas del modelo en trabajo de Velázquez, Friman y Gonzáles (2016): respeta el derecho a consumir mientras el estado facilita las condiciones para reducir las consecuencias del consumo, hace frente a la inevitabilidad del consumo de sustancias en el mundo, se presta atención al daño debido al consumo y no al consumo por sí solo, es más factible y menos costoso incidir sobre las consecuencias y los daños que otorgar tratamiento para modificar la conducta y hace frente a la disminución de las consecuencias de las dependencias sin negar la atención ni los servicios de salud (Velázquez-Benítez et al., 2016).

De este modo, el modelo de reducción de daños en México atendería las demandas que se mencionan a lo largo de los resultados en tanto a que en el país no hay capacitación del recurso humano, se invierte muy poco recurso económico en programas de prevención y tratamiento por consumo de sustancias, además que no hay un nulo desarrollo en programas gubernamentales de reducción de daños y aún persiste el estigma y la discriminación en quienes usan sustancias, pues este modelo ofrecería un campo de capacitación actualizado en el tratamiento por consumo de sustancias (Tizoc-Marquez et al., 2017).

La disposición de los trabajadores de salud, tanto profesionales como no profesionales, para ser capacitados puede deberse a diferentes factores, pues los tiempos laborales y la disposición

para capacitarse pueden variar debido a que la carga de trabajo es distinta según la densidad de población de cada estado de la república. Sin embargo, en promedio un profesional de salud suele trabajar 37.9 horas a la semana con un salario promedio de \$8.79 (en miles de pesos) y una edad promedio de 42.7 años según datos en el apartado de *Médicos, enfermeras y otros Especialistas en salud* de DataMéxico de la Secretaría de Economía del 2022 (Secretaría de Economía, 2022).

Si bien los resultados de este trabajo arrojan que la indisposición para capacitarse, tanto de los profesionales de salud como del personal que labora en grupos de ayuda mutua, puede deberse a diferentes factores como falta de presupuesto, carga de trabajo, falta de motivación o rechazo al cambio de ideología, aún no existe suficiente investigación que direcciona las causas de la falta de capacitación, sin embargo el *Plan de Acción Hemisférico Sobre Drogas 2016-2020* plantea una estrategia para certificar y capacitar continuamente a personal profesional que atienda problemas por consumo de sustancias (Organización de los Estados Americanos & Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2016). Pues existe evidencia que la capacitación estructurada tanto presencial como a distancia es efectiva para aprender habilidades de intervención breve para la atención en adicciones en México (Morales-Chainé et al., 2013, 2016).

Conclusiones

Las implicaciones de este estudio incluyen la vinculación de las deficiencias del sistema de salud mexicano con la prestación de servicios no profesionales en torno al tratamiento por consumo de sustancias, así como el análisis individual de cada tema en las barreras de capacitación en centros de ayuda mutua. Pues en vista de que el sistema de salud no es capaz de cubrir las necesidades de la población y que enfrenta barreras para lograrlo, se necesitan otras instancias que se encarguen de cubrir la demanda que el tratamiento profesional no logra cubrir. De este modo,

los centros de ayuda mutua representan una alternativa para la sobredemanda del servicio, pero que también tiene insuficiencias (Berenzon-Gorn et al., 2003; Pavón-León et al., 2014)

Los centros de ayuda mutua responden a las deficiencias que tiene el sistema de salud a través de la atención profesional y los problemas estructurales que enfrenta el país no solamente materia de salud mental, sino en otros problemas de salud como enfermedades crónicas (Juárez-Ramírez et al., 2021; Muñoz-Reyna et al., 2007). Además, los grupos de ayuda mutua eliminan ciertas barreras de atención para los usuarios que se solicitan la prestación de servicios profesionales, como la burocracia, el tiempo para ser atendido o la verticalidad de la relación paciente-profesional. Sin embargo, estos centros no profesionales también enfrentan sus propias barreras de atención, y las deficiencias tanto del tratamiento profesional como del no profesional son absorbidas por los usuarios que solicitan la atención.

Tanto la atención profesional como la que se brinda en grupos de ayuda mutua se sigue enmarcando en un ambiente de criminalización y estigma hacia las personas que consumen sustancias. Los usuarios siguen estando sujetos a vivir una doble condición: la de un posible trastorno por consumo de sustancias y la de la etiqueta como personas que consumen sustancias con todas las implicaciones negativas que conlleva (Trujols & Allende, 2018). Lo que no genera un trato digno ni un tratamiento oportuno y que se suma con otras condiciones que afectan la calidad de vida de los usuarios como estar en situación de calle o tener una comorbilidad por el consumo.

La capacitación del personal en centros de ayuda mutua resulta una tarea compleja, pues al margen de las condiciones del sistema de salud en México, especialmente el de salud mental, las implicaciones para lograrlo impactan en diversas esferas que tendrían que ser resueltas de manera paralela:

- Investigación que vincule la eficacia de la combinación de tratamiento profesional y los grupos de ayuda mutua para tratar trastornos por consumo de sustancias.
- Un presupuesto suficiente destinado a la creación de infraestructura, contratación de personal de salud, capacitadores y creación de programas de prevención y tratamiento, así como programas de capacitación para prestadores de servicios de salud en materia de tratamiento para consumo de sustancias que se encarguen de capacitar a grupos de ayuda mutua sin modificar su programa de operación.
- Disposición del personal de salud para ser capacitado en materia de derechos humanos y atención a personas que consumen sustancias para trabajar de manera conjunta con grupos de ayuda mutua.
- Creación de directorios y expedientes universales que permitan la canalización a diferentes instancias en función de las necesidades de los usuarios, así como una eficiente referencia y contra referencia con servicios de salud. Así los centros de ayuda mutua que necesiten canalizar algún usuario a otra instancia puedan realizarlo de manera efectiva.
- Disposición del personal que labora en centros de ayuda mutua para ser capacitados por personal profesional para generar una mancuerna en la atención a personas que consumen sustancias, sustentado por la evidencia científica.

En conclusión, las deficiencias del sistema de salud impactan directa e indirectamente con el tratamiento que se oferta en los grupos de ayuda mutua. Al no existir un presupuesto suficiente que cubra las necesidades de infraestructura y contratación personal capacitado, falta de disposición del personal de salud para capacitarse, uso excesivo de burocracia, carencias de servicio de bajo umbral o la falta de disposición del personal de grupos de ayuda mutua para ser

capacitados, la demanda de usuarios que no logran cubrir los servicios profesionales termina siendo absorbida por estos grupos. De este modo, se presentan como una alternativa a la burocracia y verticalidad en la atención que tiene el usuario con el profesional. Sin embargo, en estos grupos es común que en estos grupos se agreda física y emocionalmente a los usuarios, además de que el método que se utiliza como programa de recuperación no cuenta todavía con suficiente evidencia científica que sustente su efectividad para tratar trastornos por consumo de sustancias.

La capacitación efectiva de los grupos de ayuda mutua aunada a una investigación de calidad sobre la efectividad de su programa en conjunto con el tratamiento profesional podría representar una ventaja en el futuro para el tratamiento por consumo de sustancias.

Sugerencias para estudios futuros

El presente estudio tuvo limitaciones tanto relativas a la pandemia de covid-19 como en función de ser un análisis de datos secundario, pues debido a que las respuestas se contestaron en línea los participantes no profundizaron más en sus respuestas ni se aplicaron preguntas de seguimiento. Sin embargo, quienes respondieron dijeron lo que pensaban y además se tuvo acceso a participantes que podrían ser difíciles de contactar. Éstos contestaron una serie de preguntas estructuradas dentro de un cuestionario, lo que seguía una estructura en sus respuestas para poder conocer las barreras de atención. Además, que se han de necesitar datos epidemiológicos actualizados en México, pues puede que la pandemia por covid-19 haya modificado estadísticas de los servicios de salud que se brindaron, al menos, del 2019 al 2021, aunado a los cambios geopolíticos derivados de la misma en cuanto políticas públicas y consumo de sustancias. Pues durante la pandemia hubo un aumento en el consumo de sustancias y paralelamente los servicios de salud se detuvieron (United Nations Office on Drugs and Crime, 2020).

Otra de las limitaciones fue que no se tomó en cuenta la perspectiva de los grupos de ayuda mutua con respecto a su capacitación y sus sentimientos, pensamientos o necesidades. Estos podrían o no congeniar con las ideas u opiniones del personal profesional. Al abordar una sola perspectiva no se logra obtener una visión integral del problema de las necesidades de capacitación, sin embargo, esta investigación puede servir de referencia para futuras investigaciones que contrasten con las barreras que perciben los grupos de ayuda mutua y si estos consideran oportuna y necesaria una capacitación, pues esto puede depender en gran medida de la manera en la que los profesionales de salud aborden a estos grupos (Fielding-Miller et al., 2022).

Al margen de las limitaciones, al ser un estudio exploratorio, finca los primeros pasos para futuras investigaciones en las se puedan realizar entrevistas y seguimientos a los prestadores de servicios de salud, además de profundizar más en temas específicos como el rol del estigma y la importancia del respeto a los derechos humanos en el tratamiento no profesional, la disposición de grupos de ayuda mutua para ser capacitados y los factores que impactan en el acceso al tratamiento por consumo de sustancias en México.

Además, este estudio al no contemplar las percepciones, pensamientos y sentirles de los grupos de ayuda mutua con respecto a su capacitación, abre el campo a futuras investigaciones que contrasten con los hallazgos de este estudio, pues las percepciones de los profesionales pueden no concordar con el personal que labora en grupos de ayuda mutua. Sumado a que esto lograría una mejor comprensión para el abordaje a estos grupos en cuanto a capacitación. Sin embargo, el sistema de salud se presentaría ante la difícil tarea de implementar nociones del modelo de reducción de daños, pues este modelo representa lo opuesto a la primicia de los 12 pasos que es la abstinencia.

Referencias

- Abeldaño, R. A., Gallo, V., Burrone, M. S., & Fernández, A. R. (2016). Estigma internalizado en consumidores de drogas en Córdoba, Argentina. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(2), 2404–2411. <https://doi.org/10.1016/j.aiprr.2016.06.003>
- Adlaf, E. M., Hamilton, H. A., Wu, F., & Noh, S. (2009). Adolescent stigma towards drug addiction: Effects of age and drug use behaviour. *Addictive Behaviors*, 34(4), 360–364. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.11.012>
- Ahern, J., Stuber, J., & Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(2–3), 188–196. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.10.014>
- Alcoholics Anonymous World Services. (1952). The twelve steps of Alcoholics Anonymous. *Grapevine*.
- Ball, S. A., Carroll, K. M., Canning-Ball, M., & Rounsaville, B. J. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive Behaviors*, 31(2), 320–330. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.013>
- Barry, C. L., McGinty, E. E., Pescosolido, B. A., & Goldman, H. H. (2014). Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy: Public views about drug addiction and mental illness. *Psychiatric Services*, 65(10), 1269–1272. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400140.Stigma>
- Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación* (Socidrogalcohol (ed.); 1st ed.).

- Berenzon-Gorn, S., Medina-Mora, M. E., & Lara-Cantú, M. A. (2003). Servicios de salud mental: veinticinco años de investigación. *Salud Mental, 26*(5), 61–72.
- Bogenschutz, M. (2008). Individual and contextual factors that influence AA affiliation and outcomes. *Recent Developments in Alcoholism, 18*, 413–433.
- Borkman, T. (2008). The Twelve-Step Recovery Model of AA: A Voluntary Mutual Help Association. In *Recent Developments in Alcoholism Research on Alcoholic Anonymous and Spirituality in Addiction Recovery* (18th ed., pp. 9–35).
- Brandes, S. (2002). Bebida, abstinencia e identidad masculina en la Ciudad de México. *Alteridades, 12*(23), 5–18. <https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/365>
- Brown, S. A. (2011). Standardized measures for substance use stigma. *Drug and Alcohol Dependence, 116*(1–3), 137–141. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.12.005>
- Burti, L., & Mosher, L. R. (2003). Attitudes, values and beliefs of mental health workers. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 12*(4), 227–231.
<https://doi.org/10.1017/S1121189X00003031>
- Can, G., & Tanriverdi, D. (2015). Social Functioning and Internalized Stigma in Individuals Diagnosed with Substance Use Disorder. *Archives of Psychiatric Nursing, 29*(6), 441–446.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.07.008>
- Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos. (2019). *Oficina de Servicios Generales*. Servicios Mundiales de Alcohólicos Anónimos.
https://www.aamexico.org.mx/miembros_aa.php
- Centros de Integración Juvenil. (2016). *Guía de Intervención Clínica para Terapia Individual*

(pp. 1–57).

Chang, C. C., Chang, K. C., Hou, W. L., Yen, C. F., Lin, C. Y., & Potenza, M. N. (2020).

Measurement invariance and psychometric properties of Perceived Stigma toward People who use Substances (PSPS) among three types of substance use disorders: Heroin, amphetamine, and alcohol. *Drug and Alcohol Dependence*, 216(June).

<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108319>

Comision Nacional Contra las Adicciones, & Secretaría de Salud. (2021). *Programa de*

Reconocimiento y Ratificación a Establecimientos Residenciales de atención a las Adicciones Lineamientos para el Reconocimiento y Ratificación de Establecimientos Residenciales de Tratamiento de Adicciones. 248.

Consejo Nacional Contra las Adicciones. (2019). *Directorio de establecimientos especializados en el tratamiento de las adicciones en modalidad residencial reconocidos por la comisión nacional contra las adicciones*.

Corrigan, P. (2012). Where is the evidence supporting public service announcements to eliminate mental illness stigma? *Psychiatric Services*, 63(1), 79–82.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100460>

Corrigan, P., Kuwabara, S., & O’Shaughnessy, J. (2009). The public stigma of mental illness and drug addiction: Findings from a stratified random sample. *Journal of Social Work*, 9(2),

139–147. <https://doi.org/10.1177/1468017308101818>

Corrigan, P., Lurie, B., Goldman, H., Slopen, N., Medasani, K., & Phelan, S. (2005). How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatric Services*,

56(5), 544–550. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.5.544>

- Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Corrigan, P. (2003). An Attribution Model of Public Discrimination Towards Persons with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, *44*(2), 162–179.
- Corrigan, P., & Penn, D. (2015). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Stigma and Health*, *1*(S), 2–17. <https://doi.org/10.1037/2376-6972.1.s.2>
- Couto e Cruz, C., Salom, C. L., Dietze, P., Burns, L., & Alati, R. (2019). The association between experiencing discrimination and physical and mental health among PWID. *International Journal of Drug Policy*, *65*, 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.12.010>
- Crape, B. L., Latkin, C. A., Laris, A. S., & Knowlton, A. R. (2002). The effects of sponsorship in 12-step treatment of injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, *65*(3), 291–301. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(01\)00175-2](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(01)00175-2)
- Cruz Martín del Campo, S., & Rivera García, M. T. (2015). Las nuevas drogas: origen, mecanismos de acción y efectos. Una revisión de la literatura. *Revista Internacional de Investigación En Adicciones*, *1*(1), 68–76.
- Cunningham, J. A., Sobell, L. C., & Chow, V. M. C. (1993). What's in a label? The effects of substance types and labels on treatment considerations and stigma. *Journal of Studies on Alcohol*, *54*(6), 693–699. <https://doi.org/10.15288/jsa.1993.54.693>
- Díaz-Castro, L., Cabello-Rangel, H., Medina-Mora, M. E., Berenzon-Gorn, S., Robles-García, R., & Madrigal-de León, E. Á. (2020). Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población Mexicana con trastornos mentales graves. *Salud Publica de Mexico*, *62*(1), 72–79. <https://doi.org/10.21149/10323>

- Donovan, D. M., & Wells, E. A. (2007). “Tweaking 12-Step”: The potential role of 12-Step self-help group involvement in methamphetamine recovery. *Addiction*, *102*(SUPPL. 1), 121–129. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01773.x>
- Etesam, F., Assarian, F., Hosseini, H., & Ghoreishi, F. S. (2014). Stigma and its determinants among male drug dependents receiving methadone maintenance treatment. *Archives of Iranian Medicine*, *17*(2), 108–114. <https://doi.org/014172/AIM.005>
- Fielding-Miller, R., Kim, S., Bowles, J., Streuli, S., & Davidson, P. (2022). “We’re already doing this work”: ethical research with community-based organizations. *BMC Medical Research Methodology*, *22*(1), 237. <https://doi.org/10.1186/s12874-022-01713-7>
- Foucault, M. (2003). *Society Must Be Defended* (F. Ewald & A. Fontana (eds.); Seuil/Gall). New York: Picador.
- Fraser, S., Pienaar, K., Dilkes-Frayne, E., Moore, D., Kokanovic, R., Treloar, C., & Dunlop, A. (2017). Addiction stigma and the biopolitics of liberal modernity: A qualitative analysis. *International Journal of Drug Policy*, *44*, 192–201. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.02.005>
- Garcia, A. (2015). Serenity: Violence, Inequality, and Recovery on the Edge of Mexico City. *Medical Anthropology Quarterly*, *29*(4), 455–472. <https://doi.org/10.1111/maq.12208>
- Gilchrist, G., Moskalewicz, J., Slezakova, S., Okruhlica, L., Torrens, M., Vajd, R., & Baldacchino, A. (2011). Staff regard towards working with substance users: A European multi-centre study. *Addiction*, *106*(6), 1114–1125. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03407.x>

- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled Identity* (18th ed.). Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Greenfield, B. L., & Tonigan, J. S. (2013). The General Alcoholics Anonymous Tools of Recovery: The Adoption of 12-Step Practices and Beliefs. *Psychol Addict Behav*, 27(3), 553–561. <https://doi.org/10.1037/a0029268>.The
- Greenwood, J. (1992). Unpopular patients – GPs’ attitudes to drug users. *Druglink*, 8–10.
- Hernández Samiperi, R., Fernández Collado, C., & Baptista-Lucio, M. del P. (2014). Metodología de la Investigación. In *Mc Graw Hill* (6th ed., Vol. 1).
- Humphreys, K., Huebsch, P. D., Finney, J. W., & Moos, R. H. (1999). A comparative evaluation of substance abuse treatment: V. Substance abuse treatment can enhance the effectiveness of self-help groups. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23(3), 558–563.
- Humphreys, K., & Moos, R. (2001). Can encouraging substance abuse patients to participate in self-help groups reduce demand for health care? A quasi-experimental study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25(5), 711–716. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2001.tb02271.x>
- Humphreys, K., Wing, S., McCarty, D., Chappel, J., Gallant, L., Haberle, B., Horvath, A. T., Kaskutas, L. A., Kirk, T., Kivlahan, D., Laudet, A., McCrady, B. S., McLellan, A. T., Morgenstern, J., Townsend, M., & Weiss, R. (2004). Self-help organizations for alcohol and drug problems: Toward evidence-based practice and policy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(3), 151–158. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00212-5](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00212-5)
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud

Pública; Comisión Nacional Contra las Adicciones; Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas*.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Comisión Nacional Contra las Adicciones; Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol*.

Juárez-Ramírez, C., Treviño-Siller, S., Ruelas-González, M. G., Théodore, F., & Pelcastre-Villafuerte, B. E. (2021). Los Grupos de Ayuda Mutua como posible estrategia de apoyo emocional para personas indígenas que padecen diabetes. *Salud Publica de Mexico*, 63(1), 12–20. <https://doi.org/10.21149/11580>

Kaskutas, L. A. (2009). Alcoholics anonymous effectiveness: Faith meets science. *Journal of Addictive Diseases*, 28(2), 145–157. <https://doi.org/10.1080/10550880902772464>

Kelly, J. F., & Westerhoff, C. M. (2010). Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms. *International Journal of Drug Policy*, 21(3), 202–207. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.10.010>

Kelly, J., & Yeterian, J. (2008a). Mutual-Help Groups. In W. T. O'Donohue & N. A. Cummings (Eds.), *Evidence-Based Adjunctive Treatments* (pp. 61–105). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-088520-6.50005-6>

Kelly, J., & Yeterian, J. (2008b). Mutual-Help Groups for Dually Diagnosed Individuals: Rationale, Description, and Review of the Evidence. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 3(3–4), 217–242.

- Kulesza, M, Ramser, S., Brown, M., & Larimer, M. (2014). Stigma among Individuals with Substance Use Disorders: Does it Predict Substance Use, and Does it Diminish with Treatment? *Journal of Addictive Behaviors Therapy & Rehabilitation*, 03(04), 1–11. <https://doi.org/10.4172/2324-9005.1000115>
- Kulesza, Magdalena, Larimer, M., & Rao, D. (2013). Substance Use Related Stigma: What we Know and the Way Forward. *Journal of Addictive Behaviors Therapy & Rehabilitation*, 02(02). <https://doi.org/10.4172/2324-9005.1000106>
- Kulesza, Magdalena, Watkins, K., Ober, A., Osilla, K., & Ewing, B. (2017). Internalized stigma as an independent risk factor for substance use problems among primary care patients: Rationale and preliminary support. *Drug and Alcohol Dependence*, 180(March), 52–55. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.08.002>
- Kurtz, S. P., Surratt, H. L., Kiley, M. C., & Inciardi, J. A. (2005). Barriers to Health and Social Services for Street-Based Sex Workers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 16(2), 345–361. <https://doi.org/10.1353/hpu.2005.0038>
- Legislatura LXV. (2017). *Incrementan trastornos mentales en México; población entre 15 y 20 años, la más vulnerable*. Cámara de Diputados. <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2017/Mayo/26/3680-Incrementan-trastornos-mentales-en-Mexico-poblacion-entre-15-y-20-anos-la-mas-vulnerable>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(2001), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma.

Schizophrenia Bulletin, 30(3), 511–541.

<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098>

Lozano-Verduzco, I., Romero-Mendoza, M., & Marín-Navarrete, R. (2016). Violence narratives of Mexican women treated in mutual-aid residential centers for addiction treatment.

Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy, 11(1), 1–10.

<https://doi.org/10.1186/s13011-016-0083-0>

Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. S., Bunting, K., & Rye, A. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addict Res Theory*, 16(2), 149–165.

<https://doi.org/10.1080/16066350701850295.Reducing>

Luoma, J., Nobles, R., Drake, C., Hayes, S., O’Hair, A., Fletcher, L., & Kohlenberg, B. (2013). Self-stigma in substance abuse: Development of a new measure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(2), 223–234.

Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 35(2), 223–234.

<https://doi.org/10.1007/s10862-012-9323-4>

Magura, S., McKean, J., Kosten, S., & Tonigan, J. S. (2013). A novel application of propensity score matching to estimate Alcoholics Anonymous’ effect on drinking outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 129(1–2), 54–59. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.09.011>

Maharaj, K. (1990). Life-stress events, depression and purpose-in-life in first-admission alcoholics and members of Alcoholics Anonymous. *West Indian Med J*, 39(3), 161–165.

Marín-Navarrete, R., Benjet, C., Borges, G., Eliosa-Hernández, A., Nanni-Alvarado, R., Ayala-Ledesma, M., Fernández-Mondragón, J., & Medina-Mora, M. E. (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros

Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Mental*, 36(6), 471–479. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2013.057>

Marín-Navarrete, R., Eliosa-Hernández, A., Lozano-Verduzco, I., Fernandez de la Fuente, C., Turnbull, B., & Tena-Suck, A. (2013). Estudio sobre la experiencia de hombres atendidos en centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones. *Salud Mental*, 36(5), 393–402. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2013.049>

Marín-Navarrete, R., Medina-Mora, M. E., & Tena-Suck, A. (2014). Breve panorama del tratamiento de las adicciones en México. *Temas Selectos En Orientación Psicológica VIII: Orientación Psicológica y Adicciones*, 2014, 1–7.

McCrary, B., & Miller, W. (1993). *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives*. Rutgers Center of Alcohol Studies.

McGinty, E. E., Goldman, H. H., Pescosolido, B., & Barry, C. L. (2015). Portraying mental illness and drug addiction as treatable health conditions: Effects of a randomized experiment on stigma and discrimination. *Social Science and Medicine*, 126, 73–85. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.010>

McKellar, J., Stewart, E., & Humphreys, K. (2003). Alcoholics anonymous involvement and positive alcohol-related outcomes: Cause, consequence, or just a correlate? A prospective 2-year study of 2,319 alcohol-dependent men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 302–308. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.2.302>

Medina-Mora, E., Borges, G., Lara Muñoz, C., Benjet, C., Blanco Jaimes, J., Fleiz Bautista, C., Villatoro Velázquez, J., Rojas Guiot, E., Zambrano Ruíz, J., Casanova Rodas, L., & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios:

- Resultado de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1–16. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242601>
- Medina-Mora, M. E., Robles, R., Cortina, D., & Real, T. (2009). *Alcohol No Regulado En Mexico* (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Comisión Nacional Contra las Adicciones; Secretaría de Salud (ed.); 1st ed.). Secretaria de Salud.
- Medina-Mora, M., Real, T., Villatoro, J., & Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud Pública México*, 55, 67–73. <https://doi.org/10.1016/j.nonrwa.2011.09.005>
- Mercadillo, R. E., & Enciso, F. (2017). *Política de drogas, adicciones y neurociencias: propuestas para México*. April. www.LibreriaCide.com
- Meyers, S., Earnshaw, V., D'Ambrosio, B., Courchesne, N., Werb, D., & Smith, L. (2021). The intersection of gender and drug use-related stigma: A mixed methods systematic review and synthesis of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 223(March), 108706. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108706>
- Miller, N. S., Sheppard, L. M., Colenda, C. C., & Magen, J. (2001). Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol- and drug-related disorders. *Academic Medicine*, 76(5), 410–418. <https://doi.org/10.1097/00001888-200105000-00007>
- Molina López, A., Garza Vargas, A., & Paredes, F. (2020). Asociación Psiquiátrica Mexicana. *Retos En La Capacitación Laboral En Salud Mental*, 1(2), 16–22.
- Montgomery, H. A., Miller, W. R., & Scott Tonigan, J. (1995). Does alcoholics anonymous

- involvement predict treatment outcome? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12(4), 241–246. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(95\)00018-Z](https://doi.org/10.1016/0740-5472(95)00018-Z)
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (2006). Treated and untreated individuals with alcohol use disorders: Rates and predictors of remission and relapse. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 513–526.
- Mora-Ríos, J., & Bautista, N. (2014). Estigma estructural, género e interseccionalidad: Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Mental*, 37(4), 303–312. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2014.035>
- Mora-Ríos, J., Ortega-Ortega, M., & Medina-Mora, M. E. (2017). Addiction-Related Stigma and Discrimination: A Qualitative Study in Treatment Centers in Mexico City. *Substance Use and Misuse*, 52(5), 594–603. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1245744>
- Morales-Chainé, S., Martínez, I., Carrascoza, C., Chaparro, A., & Martínez-Ruíz, J. (2013). Assessment of brief counseling skills in the adictions scenarios. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 13(2), 109–116. <https://doi.org/10.21134/haaj.v13i2.207>
- Morales-Chainé, S., Robles-Soto, N., Nieto-Gutiérrez, J., & Martín del Campo Sánchez, R. (2016). Diseminación de las intervenciones breves en México. Resumen del informe presentado en la reunión de expertos para la reducción de la demanda, CICAD. *Inebria*, 2(1), 1–18.
- Morgenstern, J., Bux, D. A., Labouvie, E., Morgan, T., Blanchard, K. A., & Muench, F. (2003). Examining mechanisms of action in 12-Step community outpatient treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 72(3), 237–247. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2003.07.002>

- Muñoz-Reyna, P., Ocampo-Barrio, P., & Quiroz-Pérez, J. (2007). Influencia de los grupos de ayuda mutua entre diabéticos tipo 2 : efectos en la glucemia y peso corporal. *Archivos En Medicina Familiar*, 9(2), 87–91.
- Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M., & Guillén, A. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental* (1st ed.). Editorial Complutense.
- National Institute On Drug Abuse. (2018). Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition). *Advancing Addiction Science*, 3(January), 1–75.
<https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/frequently-asked-questions/what-are-unique-needs-pregnant-women-substance-use>
- Neale, J., Tompkins, C., & Sheard, L. (2008). Barriers to accessing generic health and social care services: A qualitative study of injecting drug users. *Health and Social Care in the Community*, 16(2), 147–154. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00739.x>
- Nowak, M. (2006). What practices constitute torture?: US and UN standards. *Human Rights Quarterly*, 28(4), 809–841. <https://doi.org/10.1353/hrq.2006.0050>
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2022). Informe Europeo sobre Drogas: Tendencias y novedades. In *Oficina de Publicaciones de la Unión Europea* (pp. 38–40).
- Oltávaro, A., Vallejo, G., Escobar, S., Gallón, V., & Giraldo, I. (2019). Estigma social de profesionales de la salud hacia personas que usan drogas. *Revista Psicología Em Pesquisa*, 13(1), 10. <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2019.v13.23863>

Open Society Foundations. (2011). *Treated with Cruelty: Abuses in the Name of Rehabilitation*.

36. <http://www.opensocietyfoundations.org/publications/treated-cruelty-abuses-name-rehabilitation>

Organización de los Estados Americanos, & Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2016). *Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas, 2016-2020*.

http://www.cicad.oas.org/mem/Activities/PoA/PoA-Version_Final-ESP.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Investing in mental health: Evidence for action*.

<https://doi.org/10.26719/2015.21.7.531>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-*

11). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/cie10-cie11.pdf>

Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe Sobre el Sistema de Salud en México*.

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018*. <http://iris.paho.org>.

Ospina-Escobar, A. (2021). *ALTERNATIVAS DE CUIDADO A USUÁRIOS DE DROGAS NA AMÉRICA LATINA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES DE AÇÃO PÚBLICA* (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) (ed.)). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-018-9/cap6>

Owen, P. L., Slaymaker, V., Tonigan, J. S., McCrady, B. S., Epstein, E. E., Kaskutas, L. A., Humphreys, K., & Miller, W. R. (2003). Participation in alcoholics anonymous: Intended

- and unintended change mechanisms. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(3), 524–532. <https://doi.org/10.1097/01.ALC.0000057941.57330.39>
- Pagano, M. E., Friend, K. B., Tonigan, J. S., & Stout, R. L. (2004). Helping other alcoholics in alcoholics anonymous and drinking outcomes: Findings from project MATCH. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(6), 766–773. <https://doi.org/10.15288/jsa.2004.65.766>
- Palmer, R. S., Murphy, M. K., Piselli, A., & Ball, S. A. (2009). Substance user treatment dropout from client and clinician perspectives: A pilot study. *Substance Use and Misuse*, 44(7), 1021–1038. <https://doi.org/10.1080/10826080802495237>
- Paquette, C. E., Syvertsen, J. L., & Pollini, R. A. (2018). Stigma at every turn: Health services experiences among people who inject drugs. *International Journal of Drug Policy*, 57(March), 104–110. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.04.004>
- Pavón-León, P., Gogeochea-Trejo, M. del C., Blázquez-Morales, M. S. L., Mejorada Fernández, J. S., & Meyer Gómez, R. (2014). Resultados del tratamiento en usuarios con Trastorno Adictivo en un Centro Residencial de Ayuda Mutua. *Rev Med UV*, 6–13. https://balanceportaluv.southcentralus.cloudapp.azure.com/rm/num_anteriores/revmedica_vol14_num1/articulos/resultados.pdf
- Pedrero-Pérez, E., Puerta-García, C., & Olivar-Arroyo, Á. (2007). La enfermedad como barrera al tratamiento. *Trastornos Adictivos*, 9(3), 161–168. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(07\)75641-6](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(07)75641-6)
- Pescosolido, B. A., Medina, T. R., Martin, J. K., & Long, J. S. (2013). The “backbone” of stigma: Identifying the Global core of public prejudice associated with mental illness. *American Journal of Public Health*, 103(5), 853–860.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301147>

Pinedo, M. (1990). Desarrollo de la Capacitación en México: algunas modalidades predominantes. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, XX(2), 131.

Puente, L. A. R., Luis, M. A. V., Castillo, M. M. A., Heredia, L. P. D., Bermúdez, J. Á., García, N. A. A., & Vargas, R. A. C. (2019). Stressful events, spirituality, and alcohol consumption in participants of the 12-step aa program. *Ciencia e Saude Coletiva*, 24(2), 641–648.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.06752017>

Pulido Rull, M. A., Moyers Gonzáles, M., & Martínez Salas, A. (2009). Algunos datos acerca del funcionamiento de una muestra de grupos de autoayuda en México. *Revista Mexicana de Investigación En Psicología*, 1(1), 85–97.

Rafful, C., Medina-mora, M. E., González-zúñiga, P., Janis, H., Rangel, M. G., Strathdee, S. A., Davidson, P. J., Rafful, C., Medina-mora, M. E., González-zúñiga, P., Jenkins, H., Rangel, M. G., Strathdee, S. A., Davidson, P. J., & Is, S. (2020). “ Somebody Is Gonna Be Hurt ”: Involuntary Drug Treatment in Mexico “ Somebody Is Gonna Be Hurt ” : Involuntary Drug Treatment in. *Medical Anthropology*, 39(2), 139–152.

<https://doi.org/10.1080/01459740.2019.1609470>

Rentería Rodríguez, M. E. (2018). *Salud mental en México*. 52(07), 1–6.

Reynaga, R. G., Palos, P. A., Tapia, A. J., Hernández, G. S., & García, F. J. (2009). Alcohólicos Anónimos (AA): Aspectos relacionados con la adherencia (afiliación) y diferencias entre recaídos y no recaídos. *Salud Mental*, 32(5), 427–433.

Riley, E. D., Safaeian, M., Strathdee, S. A., Brooner, R. K., Beilenson, P., & Vlahov, D. (2002).

- Drug user treatment referrals and entry among participants of a needle exchange program. *Substance Use and Misuse*, 37(14), 1869–1886. <https://doi.org/10.1081/JA-120014088>
- Rivera Navarro, J. (2004). Asociaciones y grupos de ayuda mutua: un nuevo paradigma en el ámbito de la salud. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, 14(1), 83–99.
- Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S., & Medina-Mora, M. E. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*, 34(4), 351–365.
- Romero-Mendoza, M. (2011). Mujeres y adicciones: reflexiones desde una perspectiva de género. In *Mujeres y adicciones* (pp. 7–292). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Rosovsky, H. (2009). Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas. *Desacatos: Revista de Antropología Social*, 29, 13–30.
- Sánchez-Mejorada, J. (2013). *Consumo de Sustancias Psicoactivas Comunidad terapéutica para personas con* (p. 188). <http://www.iapa.df.gob.mx/>
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: A review of population studies. *Alcohol and Alcoholism*, 46(2), 105–112. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agq089>
- Secretaría de Economía. (2022). *Médicos, Enfermeras y otros Especialistas en salud*. Data México. <https://datamexico.org/es/profile/occupation/medicos-enfermeras-y-otros-especialistas-en-salud>

- Secretaría de Salud. (2009). *Norma Oficial Mexicana-028-SSA2-2009 para la prevención , tratamiento y control de las adicciones.*
- Secretaría de Salud. (2022). *Programa de Acción Específico: Salud Mental y Adicciones (2020-2024).*
- Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de Salud. (2011). *Informe Sobre el Sistema de Salud Mental en México* (pp. 1–54).
- Secretaría de Salud, S. de P. y P. de la S. D. G. de E. (2020). *Informe epidemiológico del sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones 2017-2018.* 421.
- Single, E., Rehm, J., Robson, L., & Van Truong, M. (2000). The relative risks and etiologic fractions of different causes of death and disease attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, *162*(12), 1669–1675.
- Souza y Machorro, M. (2014). Las adicciones en México: una visión terapéutica de sus mitos y metas. *Addictions in Mexico: A Therapeutic View of Their Myths and Goals.*, *57*, 15–24.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=95589364&lang=es&site=ehost-live>
- Thornicroft, G., Rose, D., & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, *19*(2), 113–122.
<https://doi.org/10.1080/09540260701278937>
- Timko, C., & Sempel, J. M. (2004). Intensity of acute services, self-help attendance and one-year outcomes among dual diagnosis patients. *Journal of Studies on Alcohol*, *65*(2), 274-282.
- Tizoc-Marquez, A., Rivera-Fierro, K., Rieke-Campoy, U., & Cruz-Palomares, M. (2017).

- Reducción de daños como estrategia para el uso y abuso de sustancias en México: desafíos y oportunidades. *Ra Ximhai*, 39–52. <https://doi.org/10.35197/rx.13.02.2017.03.at>
- Tonigan, S., & Beatty, G. (2011). Twelve-step program attendance and polysubstance use: Interplay of alcohol and illicit drug use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72(5), 864–871. <https://doi.org/10.15288/jsad.2011.72.864>
- Tonigan, S., Miller, W., & Connors, G. (2000). Project MATCH Client Impressions About Alcoholics Anonymous: Measurement Issues and Relationship to Treatment Outcome. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18(1), 25–41. https://doi.org/10.1300/J020v18n01_02
- Tonigan, S., & Rice, S. L. (2010). Is it Beneficial to Have an Alcoholics Anonymous Sponsor? *Psychol Addict Behav*, 24(3), 397–403. <https://doi.org/10.1037/a0019013>
- Toumbourou, J. W., Hamilton, M., U'Ren, A., Stevens-Jones, P., & Storey, G. (2002). Narcotics Anonymous participation and changes in substance use and social support. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(1), 61–66. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(02\)00243-X](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(02)00243-X)
- Trujols, J., & Allende, S. (2018). La adicción como enfermedad: ¿mitigando o alimentando el estigma? *Adicciones*, 30(3), 225–226. <https://doi.org/10.3109/16066359.2014.987>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2018). *Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas Anteproyecto para Prueba en Campo*. https://www.unodc.org/documents/colombia/2018/Mayo/International-Standards_ESP-DRAFT.pdf
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). *World Drug Report 2020*. <http://www.unodc.org/wdr2020>

United Nations Office on Drugs and Crime (ONUDC). (2021). Global Overview : Drug Demand. In *World Drug Report 2. Global Overview: Drug Demand Drug Supply*.

Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, *131*(1–3), 23–35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>

Velázquez-Benítez, D., Friman-Rodríguez, N., & González-García, M. (2016). Harm Reduction Programs in Addictions, an Ethical Dilemma. *Correo Científico Médico de Holguín*, *20*(4), 804–809.

Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, *54*(1), 40–50. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.40>

Volkow, N. (2015). *Addiction: A disease of free will*.

Weiss, R. D., Griffin, M. L., Gallop, R. J., Najavits, L. M., Frank, A., Crits-Christoph, P., Thase, M. E., Blaine, J., Gastfriend, D. R., Daley, D., & Luborsky, L. (2005). The effect of 12-step self-help group attendance and participation on drug use outcomes among cocaine-dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, *77*(2), 177–184. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.08.012>

Wilcox, C. E., Pearson, M. R., & Toningan, S. (2015). Effects of Long-Term AA Attendance and Spirituality on the Course of Depressive Symptoms in Individuals with Alcohol Use Disorder. *Physiology & Behavior*, *176*(3), 139–148. <https://doi.org/10.1037/adb0000053>.Effects

Witbrodt, J., & Kaskutas, L. A. (2005). Does diagnosis matter? Differential effects of 12-step participation and social networks on abstinence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 31*(4), 685–707. <https://doi.org/10.1081/ADA-68486>

Zemore, S. E., Subbaraman, M., & Tonigan, J. S. (2013). Involvement in 12-step Activities and Treatment Outcomes. *Subst Abus, 34*(1), 60–69.
<https://doi.org/10.1080/08897077.2012.691452>.Involvement